



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS

FORMULÁRIO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA OU PROVENTO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

NOME:	
MATRICULA SIAPE:	CPF:
CARGO/FUNÇÃO:	
UORG DE LOTAÇÃO:	
E-MAIL:	FONE:
JORNADA DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> 20 horas <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> 25 horas <input type="checkbox"/> 30 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> DE	
<p><b>01. Exerce ou detém outro Cargo, Emprego ou Função Pública na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação nas esferas Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, ainda que à disposição, licenciado, aposentado, na Reserva ou Reforma Remunerada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se a resposta for positiva, favor apresentar declaração do Órgão ou Entidade, comprovando as informações abaixo, bem como indicar:</p> <p><b>1.1 Para ativo indicar:</b></p> <p>Órgão ou Entidade: _____</p> <p>a) Esfera: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> outros _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Cargo/Emprego <input type="checkbox"/> Cargo em Comissão ou Função de Confiança: Especificar: _____</p> <p>c) Carga horária semanal de: _____ horas ou <input type="checkbox"/> em regime de Dedicção Exclusiva</p> <p>d) Horário de Trabalho Diário: De ____ às ____ e de ____ às ____.</p>	



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS**

**1.2 Para aposentado indicar:**

Órgão ou Entidade: \_\_\_\_\_

a) Esfera:

Federal  Estadual  Municipal  outros \_\_\_\_\_

b)  Cargo/Emprego

Especificar: \_\_\_\_\_

**02. Exerce ou detém outra atividade Privada ou Autônoma?**  SIM  NÃO

2.1 Órgão ou Entidade: \_\_\_\_\_

a) Se sim, qual o horário de Trabalho Diário: De \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_, com carga horária semanal de: \_\_\_\_\_ horas.

b) Cargo/Emprego ou Função: \_\_\_\_\_

Ativo  Inativo  Autônomo

**Declaro estar ciente que devo apresentar os documentos referentes ao encerramento de participação em Sociedade Privada no prazo máximo de 04 (quatro) meses, contados a partir da assinatura desta declaração.**

**03. Participa de Sociedade Privada?**  SIM  NÃO

Se sim, anexar o Contrato Social.

**04. Participa ou atua como gerente ou administrador da sociedade privada?**

Se sim, deverá regularizar tal situação a fim de cumprir o disposto no inciso X do art. 117 da Lei 8.112/90

**05. Se aposentado, em disponibilidade, na Reserva ou Reforma Remunerada, indicar:**

a) Órgão ou Entidade: \_\_\_\_\_

b) Esfera:  Federal  Estadual  Municipal  Distrital



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS**

c) Regime de Previdência:

Regime Próprio de Previdência Social  Regime Geral de Previdência Social

**Declaro** que acumulo lícitamente o cargo ou emprego público, com compatibilidade de horários, conforme o que preceitua o artigo 118 da Lei 8.112/1990, estando ciente que a inveracidade das informações aqui prestadas constitui falta grave, e que responderei civil, penal e administrativamente pelo exercício irregular de minhas atribuições.

**Declaro** que percebo proventos decorrente de aposentadoria.

**Declaro** que não exerço qualquer atividade autônoma ou em empresa privada, além do vínculo com esta Instituição Federal de Ensino Superior, e que não ocupo cargo, emprego ou função em outro Órgão do Poder Público Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, bem como de suas Autarquias, inclusive as de Regime Especial, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, suas Subsidiárias e Controladas, Fundações mantidas pelo Poder Público e demais Entidades sob seu controle Direto ou Indireto, ainda que dos mesmos esteja afastado, e que não percebo proventos decorrentes de aposentadoria inacumulável com o cargo no qual tomo posse.

**Estou ciente da proibição de acumulação de cargos, empregos e funções dos Poderes da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, incluindo-se autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista, bem como da proibição na participação de gerência e/ou administração de sociedade privada, e de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.**

.....  
LOCAL E DATA

.....  
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)