



1. Dados do Requerente:

Nome completo:*	
Nome Social (Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016):	
Cargo:*	
SIAPE (se houver):*	Telefone:*
E-mail:*	
Declaro para fins de _____	

*preenchimento obrigatório

2. Requerimento:

Acumulo cargo público: <input type="checkbox"/> Sim, conforme anexo. <input type="checkbox"/> Não.
Acumulo de pensão: <input type="checkbox"/> Sim, conforme anexo. <input type="checkbox"/> Não.
É servidor(a) aposentado(a) em outro órgão público ou beneficiário do INSS: <input type="checkbox"/> Sim, conforme anexo. <input type="checkbox"/> Não.

Estou ciente da possibilidade de redução do presente benefício em caso de acumulação, nos termos § 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.

Estou ciente de que devo informar esta unidade de Recursos Humanos, caso venha receber qualquer benefício em outro órgão e/ou INSS, no prazo de 60 dias da concessão, sob pena de responder pela omissão.

Rio Grande, ____/____/____

Assinatura do Requerente



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

ANEXO PARA DECLARAÇÃO DE
ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Tipo de Vínculo:

☐ Cargo

☐ Aposentadoria

☐ Pensão

Cargo: _____

Órgão: _____

Cargo: _____

Órgão: _____

Órgão da Pensão: _____

Obs.: Deverá ser anexado comprovante (Publicação no Diário Oficial da União, Boletim, etc).

Rio Grande, ____/____/____

Assinatura do Requerente