



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:

Sim, conforme anexo. Não.

Acumulo de pensão:

Sim, conforme anexo. Não.

É servidor(a) aposentado(a) em outro órgão público ou beneficiário do INSS:

Sim, conforme anexo. 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



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