EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES E PROVENTOS

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:		**MATRÍCULA:**	
CPF:	**ÓRGÃO SIAPE:** **26443**	**SIGLA DA UPAG EBSERH:**	
CARGO/FUNÇÃO:		**TELEFONE:**	
DATA DE ADMISSÃO:	**MUNICÍPIO:**	**UF:**	**CEP:**
UNIDADE DE LOTAÇÃO:			

Declaro, em cumprimento às disposições legais vigentes, que:

1. Ocupo cargo, emprego ou função pública : ( ) Sim ( ) Não	
Órgão:	Regime de Trabalho:
Cargo, emprego ou função:	
Área de atuação do cargo:	Data de Ingresso:
UF de exercício:	Nível de escolaridade do cargo:
Órgão:	Regime de Trabalho:
Cargo, emprego ou função:	
Área de atuação do cargo:	Data de Ingresso:
UF de exercício:	Nível de escolaridade do cargo:
1.1 Estou em gozo de licença ou suspensão contratual: ( ) Sim ( ) Não	
Órgão:	
Tipo:	Período:
Cargo:	Carga horaria:
1.2 Estou em disponibilidade remunerada nos termos do art. 41, § 3º da CF/88: ( ) Sim ( )Não	
Órgão:	
Tipo:	Período:
Cargo:	Carga horaria:

2. Percebo proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado: ( ) Sim ( ) Não	
Tipo: ( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) Reserva Remunerada ( ) Militar Reformado	
Órgão:	Regime de Trabalho:
Cargo:	UF:
Escolaridade do Cargo:	Área de Atuação:
Fundamentação Legal:	
N.º Ato de Concessão:	Data da Vigência:
Nos casos de Pensão:	
Tipo:	Grau de Parentesco:
Deverá anexar comprovante de dependência econômica na data do Óbito do Instituidor de Pensão	
3. Exerço atividade em empresa privada: ( ) Sim ( ) Não	
a. Empresa:	
Cargo:	Regime de Trabalho:
Área de atuação do cargo:	Nível de Escolaridade:
Data de Ingresso:	UF de exercício:
b. Empresa:	
Cargo:	Regime de Trabalho:
Área de atuação do cargo:	Nível de Escolaridade:
Data de Ingresso:	UF de exercício:
4. Outras situações	
4.1 Nos últimos 24 (vinte e quatro) meses foi contratado(a) com base na Lei 8.745/93? ( ) Sim ( ) Não	
Órgão:	
Cargo:	Período:
4.2 Exerço atividade como Autônomo: ( ) Sim ( ) Não	
Local:	
Tipo da Atividade: _____ _____ _____ _____	

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

No caso de exercer outro cargo:

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa em que trabalha com as seguintes informações:**
  - I - denominação do cargo/emprego/função que exerce;
  - II - jornada do cargo/emprego/função que exerce;
  - III - unidade da federação, município e endereço em que exerce o cargo/emprego/função;
  - IV - nível de escolaridade do cargo/emprego/função;
  - V - data de ingresso;
  - VI - área de atuação do cargo;
  - VII - escala de trabalho indicando os horários de entrada e saída.

Caso receba aposentadoria :

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa em que se deu a aposentadoria contendo:**
  - I - denominação do cargo em que se deu à aposentadoria;
  - II - ato e fundamento legal da aposentadoria;
  - III - jornada do cargo que exerceu;
  - IV - unidade da federação em que exerceu o cargo;
  - V - nível de escolaridade do cargo em que se deu a aposentadoria;
  - VI - área de atuação do cargo em que se deu a aposentadoria.

Caso receba pensão civil ou militar:

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa contendo:**
  - I - Tipo e o fundamento legal da pensão;
  - II - Grau de parentesco com o instituidor de pensão;
  - III - Data de início da concessão do benefício.

ESTOU CIENTE DE QUE DECLARAÇÕES FALSAS PODERÃO SUJEITAR-ME ÀS PENAS DA LEI, NO ÂMBITO ADMINISTRATIVO, CÍVIL E/OU CRIMINAL.

_____
LOCAL E DATA

_____
ASSINATURA
AUTORIDADE/EMPREGADO