



**DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES E PROVENTOS,  
E SOBRE VÍNCULOS COM A ÁREA PRIVADA**

**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:	
Cargo:	Matrícula SIAPE:
Jornada de trabalho: ( ) 20h ( ) 40h ( ) DE ( ) Outro:	CPF:
Unidade de lotação:	
Setor de trabalho:	Telefone residencial:
Celular:	E-mail:

**Horário de trabalho no IFPR:**

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
as	as	as	as	as	as
as	as	as	as	as	as

**DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE:**

**1. Ocupa cargo, emprego ou função pública? ( ) Não ( ) Sim**

a) Órgão: \_\_\_\_\_ Regime de trabalho: \_\_\_\_\_

Denominação do Cargo, Emprego ou Função: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade exigido para o Cargo, Emprego ou Função: \_\_\_\_\_

Área de atuação do cargo (Saúde, Magistério...): \_\_\_\_\_

Data de ingresso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Unidade da Federação em que exerce o cargo: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_. Quais dias da semana? \_\_\_\_\_

***Anexar Declaração do Órgão contendo informações sobre o cargo, vínculo e horário de trabalho.***

b) Órgão: \_\_\_\_\_ Regime de trabalho: \_\_\_\_\_

Denominação do Cargo, Emprego ou Função: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade exigido para o Cargo, Emprego ou Função: \_\_\_\_\_

Área de atuação do cargo (Saúde, Magistério...): \_\_\_\_\_

Data de ingresso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Unidade da Federação em que exerce o cargo: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_. Quais dias da semana? \_\_\_\_\_

***Anexar Declaração do Órgão contendo informações sobre o cargo, vínculo e horário de trabalho.***

**1.2. Está usufruindo licença ou suspensão contratual? ( ) Não ( ) Sim**

Tipo: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Órgão: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

***Anexar cópia do Ato que concedeu a licença ou suspensão contratual.***





**2. Recebe proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado?**

( ) Não ( ) Sim. Tipo: ( ) Aposentadoria. ( ) Pensão. ( ) Reserva remunerada. ( ) Militar reformado.

Órgão: \_\_\_\_\_

Denominação do cargo: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade exigido para o cargo: \_\_\_\_\_

Área de atuação do cargo (Saúde, Magistério...): \_\_\_\_\_

Jornada de trabalho do cargo: \_\_\_\_\_

Data de início da concessão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Se beneficiário de pensão informar o grau de parentesco com o instituidor: \_\_\_\_\_

**Anexar cópia do Ato que concedeu o benefício.**

**3. Exerce atividade em empresa privada? ( ) Não ( ) Sim**

a) Empresa: \_\_\_\_\_ Regime de trabalho: \_\_\_\_\_

Atividade: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

b) Empresa: \_\_\_\_\_ Regime de trabalho: \_\_\_\_\_

Atividade: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

**Obs. Apresentar Declaração da empresa informando sobre o cargo e horário de trabalho diário e semanal.**

**4. Exerce atividade como autônomo? ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_**

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

**5. Exerce o comércio? ( ) Não ( ) Sim, como:**

( ) acionista, cotista ou comanditário. ( ) comerciante

**6. Participa de gerência ou administração de empresa privada ou sociedade civil?**

( ) Não ( ) Sim

**Obs.: Itens 5 e 6 – apresentar cópia autenticada do Contrato Social ou documento equivalente.**

Estou ciente que declarar falsamente é crime e constitui falta grave, podendo responder administrativa, cível e penalmente, e comprometo-me a informar qualquer alteração nas informações prestadas, bem como autorizo a Comissão de Acúmulo de Cargos a diligenciar quanto a veracidade da declaração.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ assinatura do servidor

**Anexar documentos comprobatórios de todos os itens com resposta afirmativa.**

No caso de acumulação de cargos, empregos públicos, aposentadoria, pensões ou funções, o servidor, o empregado e o beneficiário de pensão civil deverão fornecer os comprovantes de rendimentos (contracheque) de todos os vínculos, semestralmente, nos meses de abril e outubro, conforme o disposto no inciso II do art. 1º da Portaria Normativa SRH nº 2, de 8 de novembro de 2011. (Portaria Normativa SEGEP n. 2 de 12/03/2012).