DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE VÍNCULOS

**VÍNCULO I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo: |  | |
| Matrícula: |  | Estado Civil: |
| Admissão: |  | |
| Função: |  | |
| Órgão vinculado: | PREFEITURA [ ] CÂMARA [ ] PREV DUAS BARRAS [ ] | |
| Lotação: |  | |
| CPF: |  | |
| Data de nascimento: |  | Tel. p/contato: ( ) |

**DECLARO** sob as penalidades legais, para fins de comprovação junto ao **PREV DUAS BARRAS**, em conformidade com a deliberação 260/2013 que:

**[ ] Sou detentor** (a), **[ ] Não sou detentor** (a),

de cargo, função ou contrato em esferas Governamentais, sociedade de economia mista ou entidade autárquica, empresa ou companhia mantida pelos poderes públicos.

Em caso *positivo*, para constatação da licitude da acumulação, em conformidade com o art. 37, inciso XVI da Constituição Federal, preencher abaixo:

### VÍNCULO II

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Empregador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### EM CASO DE APOSENTADORIA NO SERVIÇO PÚBLICO

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Órgão Instituidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da Aposentadoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### DECLARO sob as penas do art. 299 do Código Penal, que:

( ) **NÃO RECEBO** aposentadoria/pensão **de outro regime de previdência**

( ) **RECEBO** aposentadoria/pensão **de outro regime de previdência**

**Caso receba aposentadoria ou pensão, deverá declarar**:

Tipo do benefício: ( ) Pensão ( ) Aposentadoria

Ente de origem: ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Federal - Tipo de servidor: ( ) Civil ( ) Militar

Data de início do benefício: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do órgão da pensão/aposentadoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Última remuneração bruta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mês/ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Duas Barras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura