



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

**DECLARAÇÃO DE  
ACUMULAÇÃO DE  
CARGOS**

**1. Dados do Declarante**

Nome completo:	
Cargo:	CPF:
E-mail:	

**2. Dados Cargo/Emprego/Função na UFES**

Setor de Lotação:						
Regime de trabalho: <input type="checkbox"/> 20h semanais <input type="checkbox"/> 30h semanais <input type="checkbox"/> jornada flexionada <input type="checkbox"/> 40h semanais <input type="checkbox"/> Dedicção Exclusiva <input type="checkbox"/> Outros: _____						
Horário de trabalho:						
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
MAT. de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____
VESP. de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____
NOT. de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____	de _____ às _____
Ocupante de Cargo ou Função em Comissão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Situação funcional:	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Afastado	<input type="checkbox"/> Aposentado			

**3. Declaração**

Declaro, para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal de 1988 (com redação determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 de 1998); assim como o constante do inciso X do Art. 117 da Lei 8.112, de 1990, que:

a) <input type="checkbox"/> <b>NÃO mantenho</b> outro vínculo empregatício em caráter permanente ou temporário em atividade privada, bem como não exerço qualquer atividade autônoma. Além do vínculo com a UFES, <b>NÃO ocupo</b> cargo, emprego ou função em outro órgão do Poder Público Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, bem como de suas Autarquias, inclusive as de Regime Especial, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, suas subsidiárias e controladas, Fundações mantidas pelo Poder Público e demais entidades sob seu controle direto ou indireto, ainda que dos mesmos esteja afastado.	
b) <input type="checkbox"/> <b>NÃO participo</b> de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, assim como não exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário.	
c) <input type="checkbox"/> Exerço outro cargo, emprego ou função pública na Administração Direta, Autárquica, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação (nas esferas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal), conforme informações abaixo: <b>(É obrigatória a apresentação de documentação que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos)</b>	
Esfera: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Distrital	
Cargo/Emprego/Função: _____	
Nível escolaridade: _____ Data de Ingresso: _____	
Órgão/Entidade/Empresa: _____	
Carga Horária Semanal: _____ Ocupante de Cargo ou Função em Comissão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Horário de Trabalho: _____	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

**DECLARAÇÃO DE  
ACUMULAÇÃO DE  
CARGOS**

d)  EXERÇO **outras atividades**, conforme informações constantes a seguir **(É obrigatória a apresentação de documentação que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos)**

Tipo de atividade:  PRIVADA  AUTÔNOMA  OUTRAS: \_\_\_\_\_

Cargo/Emprego/Função: \_\_\_\_\_

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

Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

e)  Recebo PROVENTOS de aposentadoria. **(É obrigatória a apresentação da cópia da portaria de aposentadoria)**

Esfera:  Federal  Estadual  Municipal  Distrital

Cargo que originou aposentadoria: \_\_\_\_\_

Nível escolaridade: \_\_\_\_\_ Regime de trabalho do cargo exercido: \_\_\_\_\_

Órgão/Entidade/Empresa: \_\_\_\_\_

f)  Sou beneficiário de PENSÃO CIVIL. **(É obrigatória a apresentação da cópia da portaria de concessão do benefício)**

Instituidor da pensão civil: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o instituidor: \_\_\_\_\_ Data de início da concessão: \_\_\_\_\_

#### 4. Declaração

- Caso venha a assumir outros vínculos, assumo o compromisso de comunicar a esta unidade de gestão de pessoas.  
- A presente declaração é firmada com pleno conhecimento de que qualquer omissão constituirá presunção de má fé.  
- Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto no Código Penal Brasileiro e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Declarante)