

ANEXO V
DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)	
Nome completo	
CPF	
Telefone residencial	
Celular	
E-mail pessoal	
Órgão de origem	
2. ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA	
<input type="checkbox"/> Declaro que NÃO ACÚMULO outros cargos, empregos e funções públicas na administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal ou Municípios.	
<input type="checkbox"/> Declaro que ACUMULO outros cargos, empregos e funções públicos. (especificar abaixo)	
Esfera	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Distrital <input type="checkbox"/> Municipal
Regime de Trabalho	<input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 40h <input type="checkbox"/> 60h <input type="checkbox"/> Outro: _____
Órgão/Entidade	
Denominação do Cargo, Emprego ou Função	
Nº Matrícula	
Nível de escolaridade exigido para o Cargo, Emprego ou Função	
Área de atuação do cargo (Saúde, Magistério...)	
Data de ingresso	_____ / _____ / _____
Horário	às
Quais dias da Semana (Dom, Seg, Ter, Qua, Qui, Sex, Sáb)	
3. ACUMULAÇÃO DE PROVENTOS DE APOSENTADORIA, PENSÃO, RESERVA REMUNERADA OU COMO MILITAR REFORMADO	
<input type="checkbox"/> Declaro que NÃO ACUMULO proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou de militar reformado.	
<input type="checkbox"/> Declaro que ACUMULO proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou de militar reformado. (especificar abaixo)	

Tipo	(<input type="checkbox"/>) Aposentadoria (<input type="checkbox"/>) Reserva Remunerada	(<input type="checkbox"/>) Pensão (<input type="checkbox"/>) Militar Reformado
Esfera	(<input type="checkbox"/>) Federal (<input type="checkbox"/>) Distrital	(<input type="checkbox"/>) Estadual (<input type="checkbox"/>) Municipal
Órgão/Entidade		
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		
Fundamento legal da aposentadoria ou pensão		
OBS: Anexar cópia do Ato que concedeu o benefício.		
4. EXERCE ATIVIDADE EM EMPRESA PRIVADA?		
(<input type="checkbox"/>) Declaro que NÃO		
(<input type="checkbox"/>) Declaro que SIM (especificar abaixo)		
Empresa		
Regime de trabalho semanal		
Atividade		
Horário de trabalho		
OBS: Apresentar Declaração da empresa informando sobre: cargo, local de trabalho (endereço) e horário de trabalho diário e jornada semanal total.		
5. EXERCE ATIVIDADE COMO AUTÔNOMO?		
(<input type="checkbox"/>) Declaro que NÃO		
(<input type="checkbox"/>) Declaro que SIM (especificar abaixo)		
Atividade		
Horário de trabalho		

diário	
Dias da Semana	

OBS: Apresentar Declaração de próprio punho informando a atividade que exerce, o endereço do local de trabalho, a jornada semanal e diária dedicada a atividade.

Estou ciente que declarar falsamente é crime e constitui falta grave, podendo responder administrativa, cível e penalmente. Comprometo-me, ainda, a informar qualquer alteração nas informações prestadas, bem como autorizo o Controle Interno do Órgão a diligenciar quanto à veracidade da declaração.

Itupiranga/PA, ____ de _____ de 2025.

ASSINATURA DO DECLARANTE

