

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Sala 104, Bloco IV, Câmpus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO
(63) 3232-8040 | www.uft.edu.br/servidor | cop.ddh@uft.edu.br

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS,
EMPREGOS, FUNÇÕES E PROVENTOS**

IDENTIFICAÇÃO						
Nome:					CPF:	
Cargo:			Regime de Trabalho:		Matrícula Siape:	
Unidade/Órgão:				Setor de Trabalho:		
Discriminação da carga horária na UFT:						
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

DECLARAÇÃO						
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:		
Discriminação da carga horária:						
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às
Órgão:					Regime de Trabalho:	
Cargo, emprego ou função:						
Área de atuação do cargo:					Data de Ingresso:	
UF de exercício:				Nível de escolaridade do cargo:		
Discriminação da carga horária:						
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às
1.1 Estou em gozo de licença ou suspensão contratual: () Sim () Não						
Órgão:					Período:	
Tipo:			Cargo:		Carga Horária:	
1.2 Estou em disponibilidade remunerada nos termos do art. 41, parágrafo 3º da Constituição Federal: () Sim () Não						
Órgão:					Período:	
Tipo:			Cargo:		Carga Horária:	
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:						
Nº Ato de Concessão:					Data da Vigência:	

Nos casos de pensão: Tipo: _____ Grau de parentesco: _____ * Anexar comprovante de dependência econômica na data do óbito do instituidor.						
3. Exerço atividade em empresa privada: () Sim () Não						
Empresa:				Regime de Trabalho:		
Cargo:				Área de atuação:		
Nível de escolaridade do cargo:			UF de exercício:		Data de Ingresso:	
Discriminação da carga horária:						
Segunda-feira ____ às ____ ____ às ____	Terça-feira ____ às ____ ____ às ____	Quarta-feira ____ às ____ ____ às ____	Quinta-feira ____ às ____ ____ às ____	Sexta-feira ____ às ____ ____ às ____	Sábado ____ às ____ ____ às ____	Domingo ____ às ____ ____ às ____
Empresa:				Regime de Trabalho:		
Cargo:				Área de atuação:		
Nível de escolaridade do cargo:			UF de exercício:		Data de Ingresso:	
Discriminação da carga horária:						
Segunda-feira ____ às ____ ____ às ____	Terça-feira ____ às ____ ____ às ____	Quarta-feira ____ às ____ ____ às ____	Quinta-feira ____ às ____ ____ às ____	Sexta-feira ____ às ____ ____ às ____	Sábado ____ às ____ ____ às ____	Domingo ____ às ____ ____ às ____
4. Nos últimos 24 (vinte e quatro) meses fui contratada(o) com base na Lei 8.745/93: () Sim () Não						
5. Exerço atividade como autônomo: () Sim () Não						
Tipo de atividade: _____						
6. Exerço o comércio: () Sim () Não						
() Na qualidade de acionista, cotista ou comandatário () Na qualidade de comerciante						
7. Participo de gerência ou administração de empresa privada ou sociedade civil: () Sim () Não						

Documentação necessária:

- ✓ **No caso de exercer outro cargo** - Declaração do departamento de recursos humanos do órgão ou empresa em que trabalha com as seguintes informações: cargo, carga horária semanal, dias e horários trabalhados de acordo com formulário específico da Universidade Federal do Tocantins.
- ✓ **Caso receba aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado** - Declaração do departamento de recursos humanos do órgão ou empresa contendo todas as informações prestadas no item 2 deste formulário.
- ✓ **No caso de exercer o comércio** – Cópia autenticada do contrato comercial registrado junto a Junta Comercial do Estado e à Receita Federal.

Estou ciente de que a declaração falsa poderá sujeitar-me às penas da lei, no âmbito administrativo, civil ou criminal.

_____, ____ de _____ de 20____
(Local e data)

Assinatura do Servidor