



ESTADO DO ACRE
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE - ACREPREVIDÊNCIA

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO / OU NÃO DE CARGO

Eu, _____, matrícula nº _____,
CPF nº _____, declaro para fins do disposto no Art. 77, da Lei Complementar
nº 154/2005, sob pena de responsabilidade prevista no artigo 299 do Código Penal, que:

Declaro:

1 Acumula Cargo: () Sim () Não

Esfera: () Federal () Estadual () Municipal () Militar

Qual Órgão? _____

Qual o Cargo? _____

2 Acumula Aposentadoria: () Sim () Não

Esfera: () Federal () Estadual () Municipal () Militar () INSS

Qual Órgão? _____

Qual o Cargo? _____

3 Recebe Pensão: () Sim () Não

Esfera: () Federal () Estadual () Municipal () Militar () INSS

Qual Órgão? _____

Qual o Cargo? _____

Valor Bruto do benefício recebido: R\$ _____

4 Recebe Benefício Assistencial do INSS: () Sim () Não

Valor Bruto do benefício recebido: R\$ _____

(Informar valor bruto da última remuneração recebida, sem considerar valores de 13º salário)

Obs.: Em caso de acumulação anexar documento comprobatório.

Estou ciente, por fim, que a declaração falsa ou diversa sobre o fato ou situação real ocorrida, além de obrigar à devolução de eventuais importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal.

Assinatura

_____, Ac _____ de _____ de _____