



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 \_\_\_\_\_