



DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE OUTROS BENEFÍCIOS/PROVENTOS

1. RECEBE OUTRA PENSÃO/REMUNERAÇÃO? () SIM () NÃO
2. SE SIM, QUAL É O TIPO DE BENEFÍCIO?
() REMUNERAÇÃO DE CARGO EFETIVO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA
() PROVENTOS DE APOSENTADORIA
() PENSÃO
3. NOME DA EMPRESA OU ÓRGÃO PAGADOR: _____
_____ CARGO: _____
TIPO DE BENEFÍCIO: () CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO () APOSENTADORIA () PENSÃO
MATRÍCULA: _____ VALOR RECEBIDO: _____
4. NOME DA EMPRESA OU ÓRGÃO PAGADOR: _____
_____ CARGO: _____
TIPO DE BENEFÍCIO: () CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO () APOSENTADORIA () PENSÃO
MATRÍCULA: _____ VALOR RECEBIDO: _____
5. NOME DA EMPRESA OU ÓRGÃO PAGADOR: _____
_____ CARGO: _____
TIPO DE BENEFÍCIO: () CARGO / EMPREGO / FUNÇÃO () APOSENTADORIA () PENSÃO
MATRÍCULA: _____ VALOR RECEBIDO: _____

DECLARO, SOB PENA DA LEI, QUE SÃO VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA.

Nilópolis, ____ de _____ de 2020.

BENEFICIÁRIO(A)

Tendo em vista o que consta no presente processo e considerando a declaração acima do(a) interessado(a), reconheço como lícita a acumulação de cargo/benefícios, ressalvando à Administração a revisão, cancelamento, restituição e todas as medidas processuais contra o(a) interessado(a), no caso de não serem verdadeiras estas afirmações, ou seja, de haver outras acumulações, inclusive procedimento penal.

Nilópolis, ____ de _____ de 2020.

DIRETORA DE BENEFÍCIOS