



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - PROGEPE**

DECLARAÇÃO POSITIVA DE VÍNCULOS

Anexo III da Instrução Normativa SGP/MGI nº 30, de 27/01/2025 da Secretaria de Gestão de Pessoas do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos

Eu, _____, matrícula SIAPE nº _____, declaro, para os devidos fins, que ocupo cargo, emprego ou função pública; que sou aposentado(a), beneficiário(a) de pensão, ou militar ativo(a) ou aposentado(a) e assinalo, a seguir, a opção que retrata a minha situação funcional atual.

COMPLEMENTAÇÃO A DECLARAÇÃO POSITIVA DE VÍNCULOS

Baseado no Anexo IV da Instrução Normativa SGP/MGI nº 30, de 27/01/2025 da Secretaria de Gestão de Pessoas do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos

Sou servidor ou empregado público em atividade ou militar ativo ou aposentado

Ocupo:

() cargo efetivo de: _____

Jornada semanal do cargo: _____ horas

Jornada semanal efetivamente realizada no cargo: _____ horas.

Recebo auxílio alimentação: () Sim () Não

() cargo efetivo de: _____

Jornada semanal do cargo: _____ horas

Jornada semanal efetivamente realizada no cargo: _____ horas.

Recebo auxílio alimentação: () Sim () Não

() emprego público de: _____

Jornada semanal do emprego: _____ horas

Jornada semanal efetivamente realizada no emprego público: _____ horas

Recebo auxílio alimentação: () Sim () Não

() função pública: _____

Recebo auxílio alimentação: () Sim () Não

Se militar:

() ativo. Cargo: _____

Jornada semanal do cargo: _____ horas

Jornada semanal efetivamente realizada: _____ horas

Recebo auxílio alimentação: () Sim () Não



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - PROGEPE**

() aposentado:

Cargo: _____

a partir de: ___/___/___

Valor da Remuneração/proventos recebidos: R\$: _____

Recebo auxílio alimentação: () Sim () Não

Estou em usufruto de licença ou afastamento com ou sem a percepção de remuneração:

Cargo: _____

Órgão: _____

Estou licenciado ou afastado com amparo no art. _____, inciso _____ da Lei nº _____/_____.

Início da licença ou afastamento: _____/_____/_____

Término previsto para: _____/_____/_____

Sou aposentado:

Ex-servidor ou empregado público:

Cargo ou emprego público no qual ocorreu a aposentadoria:

Órgão: _____

Data da aposentadoria: _____

O cargo ou emprego público que ensejou essa aposentadoria é acumulável, na atividade, com o outro cargo ou o emprego público que ocupo:

() Sim () Não

Não sendo acumuláveis, estou ciente que, ao preencher os requisitos para aposentadoria no segundo vínculo, terei que optar entre:

() a manutenção da aposentadoria vigente; ou

() renunciar aos proventos da aposentadoria vigente e a efetivação da aposentadoria no segundo vínculo.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - PROGEPE**

Cargo ou emprego público submetido a regime de Dedicação Exclusiva:

Sim Não

Realizo jornada de trabalho semanal reduzida:

Não.

Sim. Indique o amparo legal:

MP nº 2.174-28, de 2001;

Decreto nº 1.590, de 1995;

CLT; ou

Outros. Informe _____

Órgão/entidade/empresa pública onde mantenho o vínculo:

Unidade da Federação (UF) : _____

Sou professor. Submetido ao Regime de Dedicação Exclusiva?

Não. Acumulação permitida.

Sim. Acumulação vedada. "Nesse caso não é permitida a posse no segundo cargo pois, ao professor submetido ao regime de D.E, fica vedado o exercício de qualquer outra atividade remunerada, pública ou privada, inclusive outro cargo ou emprego de professor, independentemente da jornada de trabalho".

Sou professor submetido ao Regime de Dedicação Exclusiva. Solicitarei alteração desse regime de trabalho?

Não. Manter o regime de D.E. Acumulação vedada.

Sim. Acumulação permitida se deferida a alteração do regime de trabalho. Nesse caso, cessa a vedação para a acumulação com um cargo técnico ou científico, desde que atendidos os demais critérios;

*Após a mudança de regime cessa o pagamento da parcela remuneratória relativa à dedicação exclusiva.

** O servidor deve estar ciente que, caso esteja a menos de 5 anos de preencher os requisitos para aposentadoria, posteriormente não poderá retornar para o regime de dedicação exclusiva.

Sou ocupante exclusivamente de cargo comissionado

Cargo comissionado ocupado: _____

Órgão ou entidade: _____

Unidade da Federação: _____

Jornada de trabalho semanal: _____ horas (regime de dedicação integral).

Recebo auxílio alimentação: Sim Não.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - PROGEPE**

Participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário:

() Não

() Sim

Nome da empresa: _____

CNPJ: _____

_____, ____/____/____.

UF/Data

Assinatura do Servidor