



Declaração de Remuneração Extra Siape

Nº do Processo:

DADOS DO VÍNCULO DA UFRJ		
<input type="checkbox"/> Servidor Ativo <input type="checkbox"/> Servidor Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Outro		
Nome: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	Matrícula SIAPE: <input type="text"/>
Se Pensionista: Instituidor: <input type="text"/>		CPF: <input type="text"/>
Email: <input type="text"/>	Tel. Residencial/Celular (com DDD): <input type="text"/>	

DADOS DO VÍNCULO EXTRA-SIAPE	
Órgão: <input type="text"/>	Origem <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal
Vínculo no Órgão Extra Siape: <input type="checkbox"/> Servidor/Empregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Agente Político	Mês do último contracheque (outra fonte): <input type="text"/>

PREENCHER SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR "SERVIDOR/EMPREGADO"			
Área de Atuação do Cargo: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Professor <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Outros			
Denominação do Cargo: <input type="text"/>	Nível de Escolaridade do Cargo: <input type="text"/>	Jornada do Servidor: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
Data de Ingresso: <input type="text"/>	Servidor ocupante de função no órgão Extra-Siape? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Denominação da Função: <input type="text"/>	
Servidor/Empregado Licenciado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Motivo: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Com Remuneração <input type="checkbox"/> Sem Remuneração			



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Pró-Reitoria de Pessoal
Coordenação de Administração de Pessoal
Divisão de Pagamento

PREENCHER SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR "APOSENTADO"

Área de Atuação do Cargo: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Professor <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Outros			
Denominação do Cargo: <input type="text"/>	Nível de Escolaridade do Cargo: <input type="text"/>	Jornada do Servidor : <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
Data de Ingresso: <input type="text"/>	Fundamento Legal Aposentadoria (De acordo com a Lei/Emenda Constitucional ou outro dispositivo legal) <input type="text"/>		
Documento Legal da Aposentadoria (Portaria/Ato) <input type="text"/>	Data da Publicação: <input type="text"/>	Data da Aposentadoria: <input type="text"/>	

PREENCHER SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR "PENSIONISTA"

Instituidor de Pensão: <input type="text"/>	Grau de Parentesco: <input type="text"/>	Dependência Econômica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de Pensão: <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	Natureza da Pensão: <input type="checkbox"/> Vitalícia <input type="checkbox"/> Temporária	Data do Início do Benefício: <input type="text"/>

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,
CPF nº responsabilizo-me, nos termos do inciso III, do artigo 116 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e de acordo com os incisos I a III do art. 1º da Portaria Normativa nº 2, de 08 de novembro de 2011, publicada no DOU, de 09 de novembro de 2011, a fornecer comprovante(s) de rendimentos (contracheque) de todos os vínculos, nos casos e períodos, abaixo relacionados:

- I - No Ato da Posse;
- II - No Requerimento da Pensão;
- III - Semestralmente, nos meses de abril e outubro;
- IV - Sempre que houver alteração no valor da remuneração.

Data _____
Assinatura do Servidor ou Beneficiário de Pensão

Observação: Solicitamos que além do envio do contracheque atualizado (último mês), também seja enviado o contracheque do mês de novembro (na impossibilidade do envio do contracheque de novembro do ano atual, enviar o contracheque de novembro do ano anterior).