

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RENDIMENTOS EXTRA-SIAPE

Tendo em vista o disposto no inciso III do art. 116, da Lei n. 8.112/1990 e considerando a determinação do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, nos termos das Portarias Normativas SRH/MP n° 2, publicada no DOU de 09/11/2011 e SEGEP/MP n° 2, publicada no DOU de 13/03/2012, venho, por meio deste Termo, assumir a responsabilidade de fornecer comprovante(s) de rendimentos oriundos de acumulação de cargos, empregos, aposentadorias, pensões e funções públicas, semestralmente, nos meses de **ABRIL** e **OUTUBRO**, ou sempre que houver alteração no valor da remuneração, ou ainda em todas as ocasiões em que me forem solicitadas informações relativas ao assunto.

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape:

CPF:

Data de Efetivo Exercício:

1.2 - IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO NA FIOCRUZ:

Vínculo:

Servidor/Empregado Requisitado de outros órgãos Aposentado Pensionista Outros

Se **PENSIONISTA**, preencher o nome do instituidor de pensão:

Instituidor:

CPF:

2 - DECLARAÇÃO:

Não possuo Rendimentos extra-Siape*

Possuo Rendimentos Extra-Siape* na condição de: Servidor/Empregado Aposentado Pensionista

*Rendimentos provenientes de cargos, aposentadorias e pensões oriundos de outros órgãos públicos que não estejam vinculados ao SIAPE.

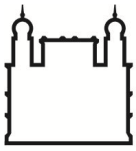
Os itens 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4 deverão ser preenchidos somente se marcou a opção "Possuo Rendimentos Extra-SIAPE" e de acordo com o vínculo selecionado:

2.1 - DADOS DA OUTRA FONTE:

Mês/ano de referência do último contracheque da outra fonte: _____

Denominação da instituição: _____

Origem da outra fonte: Municipal Estadual Federal



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

2.2 - PREENCHER SOMENTE SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR “SERVIDOR/EMPREGADO”:

Área de atuação do cargo: Médico Magistério Técnico Saúde Outros

Denominação do cargo/emprego que exerce: _____

Nível de escolaridade do cargo/emprego: _____ Jornada de trabalho: _____

UF: _____ Data de ingresso: _____

Servidor ocupante de função no órgão Extra-Siape: Sim Não

Denominação da função: _____

2.3 - PREENCHER SOMENTE SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR “APOSENTADO”:

Área de atuação do cargo: Médico Magistério Técnico Saúde Outros

Denominação do cargo que deu origem a aposentadoria: _____

Data de ingresso no cargo em que se deu a aposentadoria: _____

Nível de escolaridade do cargo em que se deu a aposentadoria: _____

UF: _____ Jornada do cargo que exerceu: _____

Fundamento legal da aposentadoria: _____

Ato legal da aposentadoria (Portaria): _____

Data de vigência da aposentadoria: _____

2.4 - PREENCHER SOMENTE SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR “PENSIONISTA”:

Tipo da pensão: Vitalícia Temporária

Fundamento legal da pensão: _____

Grau de parentesco com o instituidor de pensão: _____

Possuía dependência econômica com o instituidor na data do óbito: Sim Não

Data de início da concessão do benefício: _____

_____, _____

Assinatura do(a) Servidor(a)