**TERMO DE RESPONSABILIDADE RENDIMENTOS EXTRA-SIAPE**

(Portaria Normativa MPOG Nº 2, DOU de 09/11/2011 e Nº 2, DOU DE 13/03/2012)

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 nº 2, publicadas no DOU de 09/11/2011 e de 13/03/2012, venho, por meio deste Termo, assumir a responsabilidade de fornecer comprovante(s) de rendimentos oriundos de acumulação de cargos, empregos 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 - SITUAÇÃO NA FIOCRUZ:**

A ser preenchido por todos os servidores efetivos ativos ou inativos, beneficiários de pensão e ocupantes de cargo em comissão.

Nome:

Nome social:

Vínculo na Fiocruz:

<input type="checkbox"/> SERVIDOR/EMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DE PENSÃO	<input type="checkbox"/> OUTROS
---	-------------------------------------	---	---------------------------------

1.1 - **SE PENSIONISTA**, preencher dados do instituidor de pensão:

Nome do instituidor:

CPF:

Matrícula SIAPE:

 **NÃO POSSUO RENDIMENTOS EXTRA-SIAPE\* oriundos dos vínculos acima.** **Possuo Rendimentos Extra-Siape\***

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

1.2 - **EM CASO DE POSSUIR RENDIMENTOS EXTRA-SIAPE**, especificar a condição:

<input type="checkbox"/> Servidor/Empregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Pensionista
---	-------------------------------------	--------------------------------------

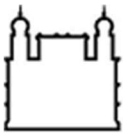
1.3 - Dados da outra fonte:

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

Denominação da instituição:

1.4 - Origem da outra fonte:

<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal
------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

**2 - PREENCHER SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR "SERVIDOR/EMPREGADO":**

A ser preenchido por servidores da Fiocruz ativos ou inativos e beneficiários de pensão que também sejam servidores públicos municipais, estaduais ou federais, cujo órgão não tenha SIAPE, e por empregados públicos.

2.1 - Área de atuação do cargo:

MÉDICO     SAÚDE     TÉCNICO     MAGISTÉRIO     OUTROS

Denominação do cargo/emprego/função que exerce:

Nível de escolaridade do cargo/emprego/função:      Jornada do cargo que exerce:

UF:      Data de ingresso:

Servidor ocupante de função no órgão Extra-Siape:      Denominação da função:  
 SIM     NÃO

**3 - PREENCHER SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR "APOSENTADO":**

A ser preenchido por servidores da Fiocruz ativos ou inativos e beneficiários de pensão que também sejam servidores públicos Inativos municipais, estaduais ou federais, cujo órgão não tenha SIAPE, ou por empregados públicos aposentados pelo INSS, cuja aposentadoria seja oriunda de empresa pública, inclusive nos casos em que houver complementação de aposentadoria.

3.1 - Área de atuação do cargo:

MÉDICO     SAÚDE     TÉCNICO     MAGISTÉRIO     OUTROS

Denominação do cargo que deu origem à aposentadoria:

Nível de escolaridade do cargo em que se deu à aposentadoria:

UF:      Jornada do cargo que exerceu:

Fundamento legal da aposentadoria:

Ato legal da aposentadoria:      Data da vigência da aposentadoria:

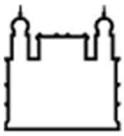
**4 - PREENCHER SE VÍNCULO NO ÓRGÃO EXTRA-SIAPE FOR "PENSIONISTA":**

A ser preenchido por servidores da Fiocruz ativos ou inativos e beneficiários de pensão que também sejam beneficiários de pensão de órgãos municipais, estaduais ou federais, cujo órgão não tenha SIAPE, ou do INSS, cuja pensão seja oriunda de empresa pública, inclusive nos casos em que houver complementação de pensão.

4.1 - Tipo de pensão:

VITALÍCIA       TEMPORÁRIA

Fundamento legal da pensão:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Grau de parentesco com o instituidor de pensão:

Dependência econômica na data do óbito do instituidor:

SIM       NÃO

Data início da concessão do benefício:

**\*Natureza jurídica:** Administração Direta Federal, Autônomo, Autarquia Federal, Fundação Federal, Empresa Pública, Sociedade Economia Mista, Serviço Público Municipal, Ex-Território Federal, Autarquia Especial, Serviço Público Estadual, Serviço Público Distrito Federal, Iniciativa Privada, Agência Reguladora, Poder Legislativo Federal, Poder Judiciário Federal, Serviço Público Federal, Serviço Público Federal – CDT, Forças Armadas, Serviço Público Federal/GRU.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) declarante