



DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA CONTRATAÇÃO
(INSTRUÇÕES AO CANDIDATO)

- **1º Passo: Quando convocado, o interessado** deverá providenciar os seguintes **exames** laboratoriais e de imagem na rede pública ou privada de sua preferência e com recursos próprios, observando a data de realização dos exames para avaliação médica:

RELAÇÃO DE EXAMES:
TODOS OS CARGOS:

VALIDADE DO EXAME

1. Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)	90 dias
2. Dosagem de Ureia (sangue)	90 dias
3. Dosagem de Creatinina (sangue)	90 dias
4. Dosagem de Glicose (sangue)	90 dias
5. VDRL	90 dias
6. Dosagem de Colesterol total e frações (sangue)	90 dias
7. Radiografia simples do tórax, e, PA e perfil, com laudo.	180 dias
8. Eletrocardiograma (ECG), com laudo.	60 dias
9. Atestado médico de sanidade mental (emitido por psiquiatra)	60 dias

NA ÁREA DA SAÚDE É NECESSÁRIO ACRESCENTAR OS EXAMES ABAIXO:

RELAÇÃO DE EXAMES

VALIDADE DO EXAME

10. Hepatite B – HbsAg (AU, antígeno austrália)	90 dias
11. Hepatite B – Anti-Hbs (anti-antígeno de superfície)	90 dias
12. Hepatite B – Anti-Hbc - IgG (anti-core IgG ou Acoreg)	90 dias
13. Hepatite C – Anti-HCV	60 dias

+ carteira de vacinação atualizada

NA ÁREA DE RADIOLOGIA É NECESSÁRIO ACRESCENTAR OS EXAMES ABAIXO:

RELAÇÃO DE EXAMES

VALIDADE DO EXAME

14. Hormônio Tireoestimulante (TSH)	90 dias
15. T4 livre (Tiroxina livre)	90 dias
16. Hormônio gonodotrófico coriônico (Beta-HCG) – APENAS PARA MULHERES	10 dias
17. Espermograma (caracteres físicos, pH, fluidificação, motilidade, vitalidade, contagem e morfologia) – APENAS PARA HOMENS	45 dias

+ carteira de vacinação atualizada

NA ÁREA DE NUTRIÇÃO, SE HOUVER MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS, ACRESCENTAR:

RELAÇÃO DE EXAMES

VALIDADE DO EXAME

18. Parasitológico de fezes	90 dias
-----------------------------	---------



OBS: A não apresentação de qualquer dos exames solicitados implicará na não emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)

• O exame admissional é uma avaliação de saúde na qual podem ocorrer situações que exijam maior esclarecimento através de exames que podem ser solicitados pela perícia. Pelo exposto, é importante que o candidato atenda ao agendamento de seu exame admissional, evitando que haja qualquer impedimento na data da posse.

• **2º Passo:** Depois de concluído todos os exames citados acima, é preciso agendar a Perícia Médica nos telefones (91) 3201-7541/3201-8307. A Junta Médica da UFPA- SIASS, está localizada no Espaço Cultural “Vadião” do Campus Básico do Guamá, situada na Avenida Augusto Corrêa, nº 01 – Bairro: Guamá. CEP: 66075- 110, Belém-Pará. No dia agendado para entregar os exames **é preciso comparecer antes na Coordenadoria de Seleção e Admissão/PROGEP**, localizada no 1º andar do prédio da Reitoria situado em frente ao Espaço Cultural “Vadião”, para receber o memorando de encaminhamento para a referida unidade. Após análise, o médico emitirá um laudo que deve ser entregue com os demais documentos. **A não apresentação de qualquer dos exames solicitados implicará na NÃO EMISSÃO do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).**

• **3º Passo:** Providenciar cópias autenticadas ou originais e cópias para simples conferência dos seguintes documentos:

1. Documento de Desligamento do último emprego (Rescisão Contratual, Exoneração, entre outros) ou, nos casos que podem acumular cargo, a declaração da instituição informando a carga horária;
2. Comprovante de Residência - Conta de Luz, Água ou Telefone;
3. Título de Eleitor e quitação eleitoral, expedida através do site <http://www.tse.jus.br>;
4. Carteira de Identidade/ Registro Geral;
5. Cartão de Identificação do Contribuinte (CPF);
6. Certificado de Reservista para o sexo masculino, exceto se for estrangeiro com visto permanente;
7. Certidão de Nascimento e CPF dos dependentes para fins de Auxílio Pré-Escolar (até 6 anos) e/ou Imposto de Renda;
8. Cartão de Inscrição PIS/PASEP, caso tenha este documento;
9. Comprovante de Conta Corrente (cópia de extrato ou cartão comprovando os dados da conta), caso tenha este documento. Informamos que a UFPA aceita somente contas correntes pessoais dos seguintes Bancos: Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Santander, Bradesco e Itaú.
10. Certidão Negativa de Antecedentes Criminais, expedida através do site <http://www.tjpa.jus.br>.
11. Passaporte com visto de permanência, caso seja estrangeiro;
12. Comprovação dos pré-requisitos exigidos no edital de abertura de inscrição – o diploma de graduação, o(s) título(s) de pós-graduação e histórico escolar;
13. 1 foto 3x4;
14. **Para os cargos de técnico-administrativos: Certificado de escolaridade, registro no conselho de classe e os pré-requisitos do cargo**, conforme exigência do edital do concurso (original e cópia);
15. Preencher os formulários que estão em anexo.

• **4º Passo:** Agendar presencialmente ou pelos telefones **(91) 3201-8037/8324** a data e o horário para entregar o laudo médico da UFPA e os documentos citados acima à Coordenadoria de Seleção e Admissão/DDD/PROGEP.



FOTO 3X4

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

DADOS PESSOAIS		
Nome:		
Sexo: () Feminino	() Masculino	Data de Nascimento:
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Pai:		
Mãe		
Estado Civil:	Nome do Cônjuge:	
Endereço Residencial:		Nº:
Município:	Bairro:	CEP:
Complemento:		
Telefones:	E-mail:	
Instituição de conclusão do Ensino Médio:		
Formação Superior:		
Ano de conclusão:	Instituição:	
Pós-Graduação		
() Especialista em: _____		
() Mestre em: _____		
() Doutor em: _____		
Ano de conclusão:	Instituição:	
Banco:	Conta Corrente nº:	Agência nº:
Nome da agência:		
Empregos anteriores (mencionar empresas, cargos e períodos):		
Tipo Sanguíneo:	Cor:	

DOCUMENTOS APRESENTADOS		
CARTEIRA DE IDENTIDADE	Nº	Data de Expedição:
	Órgão Expedidor:	
TÍTULO DE ELEITOR	Nº	Data de Expedição:
	Zona:	Seção:
CPF	Nº	
CERTIFICADO MILITAR	Nº	Data de Expedição:
PIS ou PASEP	Nº	Órgão que cadastrou:
REGISTRO PROFISSIONAL (Conselho de Classe)	Nº	Data de Expedição:
	Órgão Expedidor:	
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (UFPA)	Emitido em: / / , pelo (a) Dr. (a)	

Belém, ___/___/___.	_____
	Assinatura



DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência à legislação de Imposto de Renda em vigor, venho pela presente informar que tenho encargos de família às pessoas abaixo relacionadas:

RELAÇÃO DOS DEPENDENTES

Nome:		Parentesco:	
Nascimento: / /	Sexo:	CPF:	
Nome da Mãe:			
Nº de Registro da Certidão ou RG:			
Nome do Cartório:		UF Cartório:	

Nome:		Parentesco:	
Nascimento: / /	Sexo:	CPF:	
Nome da Mãe:			
Nº de Registro da Certidão ou RG:			
Nome do Cartório:		UF Cartório:	

Nome:		Parentesco:	
Nascimento: / /	Sexo:	CPF:	
Nome da Mãe:			
Nº de Registro da Certidão ou RG:			
Nome do Cartório:		UF Cartório:	

Nome:		Parentesco:	
Nascimento: / /	Sexo:	CPF:	
Nome da Mãe:			
Nº de Registro da Certidão ou RG:			
Nome do Cartório:		UF Cartório:	

Nome:		Parentesco:	
Nascimento: / /	Sexo:	CPF:	
Nome da Mãe:			
Nº de Registro da Certidão ou RG:			
Nome do Cartório:		UF Cartório:	

Nome:		Parentesco:	
Nascimento: / /	Sexo:	CPF:	
Nome da Mãe:			
Nº de Registro da Certidão ou RG:			
Nome do Cartório:		UF Cartório:	

Declaro, sob pena de lei, que as informações aqui apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V.S.^a (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

NADA A DECLARAR

Assinatura do Servidor:		
CPF:	Mat SIAPE:	Data:

Obs.: Sempre que ocorrer alteração nesta declaração a mesma deverá ser renovada.



DECLARAÇÃO DE BENS

1- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: _____

CATEGORIA FUNCIONAL:

() Técnico-Administrativo, Cargo _____

() Professor do Magistério Superior

() Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico

LOTAÇÃO: _____

2- RELAÇÃO DOS BENS

() Possuo os seguintes bens:

() não possuo bens

() Faço anexar ao presente cópia da Declaração constante de Formulário de Imposto de Renda – Ajuste Anual

DESCRIÇÃO	VALOR

3- DECLARANTE

Belém-PA, ____/____/____.

Assinatura



DECLARAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS E FUNÇÃO
SITUAÇÃO NA UFPA

NOME DO (A) SERVIDOR (A): _____

LOTAÇÃO: _____

CATEGORIA FUNCIONAL: () Professor Magistério Superior
() Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico
() Técnico-Administrativo, cargo ____

REGIME DE TRABALHO: 20 HORAS 40 HORAS Dedicção Exclusiva

DISCRIMINAÇÃO DO HORÁRIO CUMPRIDO:

2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA	SÁBADO

DECLARAR CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES EM EXERCÍCIO

ENTIDADE OU EMPREGADOR	DENOMINAÇÃO DO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO	DISCRIMINAÇÃO DO HORÁRIO	DATA DE ADMISSÃO

Está em gozo de APOSENTADORIA _____ Por Tempo de Serviço? _____

RESERVA _____ REFORMA _____ Por Invalidez? _____,

Compulsória? _____

Mencionar a Entidade que custeia _____

Encontra-se à disposição de outro órgão _____ Qual? _____

No órgão acima exerce cargo comissionado ou função de confiança? _____

Sua cessão pela UFPA ao citado órgão é: com ônus para a UFPA? _____

Cite o nº da Portaria que o colocou à disposição do referido órgão, bem como o prazo de cessão concedido pela UFPA _____

DECLARO QUE É DO MEU CONHECIMENTO DE QUE QUALQUER OMISSÃO CONSTITUIRÁ PRESUNÇÃO DE MÁ FÉ, NA FORMA PREVISTA NA LEI Nº 8.112, DE 11/12/90, REAFIRMO, POIS, QUE NÃO EXERÇO NENHUMA OUTRA ATIVIDADE EM QUALQUER ENTIDADE DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO, ALÉM DAS ACIMA DECLARADAS

Belém: ____/____/____ Assinatura: _____



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

Nome: _____

CATEGORIA FUNCIONAL:

() Técnico Administrativo, cargo _____

() Professor do Magistério Superior.

() Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico

Declara, para fins de posse em cargo efetivo que:

() Não Acumula Cargo Público.

() Acumula o Cargo de _____

no (a) _____

licitamente, conforme despacho publicado no Boletim de Pessoal nº _____,

de ____/____/____.

Belém/PA, ____/____/____.

ASSINATURA



DECLARAÇÃO DE NÃO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DESEMPREGO

Eu, _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº _____, Contratado para o cargo de _____, DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998¹, de 11 de janeiro de 1990, que a partir do efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado, não sou beneficiário do seguro desemprego.

DECLARO, ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no art. 299 do Código Penal².

Belém-PA, _____ de _____ de _____.

Assinatura

¹ Lei nº 7998, de 11 de janeiro de 1990

Art. 24. Os trabalhadores e empregadores prestarão as informações necessárias, bem como atenderão às exigências para a concessão do seguro-desemprego e o pagamento do abono salarial, nos termos e prazos fixados pelo Ministério do Trabalho.

² Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.



FORMULÁRIO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE

À Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoal.

NOME:
CARGO:
LOTAÇÃO:

Endereço Residencial:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	CEP:
Cidade:	Estado:	Telefone:

MEIO DE LOCOMOÇÃO (transporte público regulamentado):	
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
PERCURSO: (deslocamento da residência/trabalho e trabalho/residência)	
IDA:	_____
VOLTA:	_____

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE

Autorizo ao setor competente descontar a parcela que me é atribuída pela legislação que estabelece e normatiza o auxílio-transporte (Decreto nº 2.880 de 15.12.98).

Tenho ciência, conforme preceitua o art. 4º, parágrafo 3º do supracitado decreto de que presumir-se-ão como verdadeiras as informações constantes no ato da inscrição do auxílio-transporte, assumindo responsabilidade administrativa sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Declaro ainda estar ciente de que será deduzido do valor mensal a importância relativa aos dias em que estiver afastado por motivo de férias, licença e outros tipos previstos em lei.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

- A presente vantagem não incorpora a remuneração;
- Sobre ela, não incidirá PSS e Imposto de Renda;
- O valor mensal da vantagem é igual ao valor das despesas deduzido o percentual de 6% do salário/vencimento básico;
- Não fará jus à vantagem, o servidor cujas despesas de transporte forem inferior a 6% do salário/vencimento básico;
- O servidor que utilizar ônibus intermunicipal, deverá apresentar comprovantes de passagem ida e volta e comprovante de residência.

Opto por não receber este Auxílio Transporte.

Belém, ____/____/____.

Assinatura do Servidor



TERMO DE DESISTÊNCIA

_____, candidato(a)
aprovado(a) no Concurso Público nº _____ em pleno gozo de suas faculdades e
direitos, declara neste ato **desistir de assumir** o cargo para o qual foi aprovado(a), por
motivos particulares.

Declara ainda, que esta decisão tem caráter irrevogável, para todos os fins de direito.
Assim sendo estará a Universidade Federal do Pará autorizada a convocar o próximo candidato
obedecendo rigorosamente à ordem de classificação.

Belém, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Candidato(a)