SERVIÇO PUBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO E DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA CONTRATAÇÃO

1° 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

OBSERVAÇÃO: 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.

2° PASSO: Depois de concluído todos os exames citados acima, é preciso agendar a Perícia Médica **preferencialmente** através do e-mail siass@ufpa.br ou pelos 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. Após análise, o médico emitirá um laudo que deve ser entregue com os demais documentos no ato da contratação. **A não apresentação de qualquer dos exames solicitados implicará na NÃO EMISSÃO do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).**

3° PASSO: Providenciar cópias autenticadas ou originais e cópias para simples conferência dos seguintes documentos:

1. Documento de identificação: Registro Geral (RG), Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ou outro documento oficial equivalente nos termos da legislação vigente;
2. Cartão de Identificação do Contribuinte (CPF);
3. Passaporte com visto de permanência, **caso seja estrangeiro**;
4. Título de Eleitor e quitação eleitoral, expedida através do site http://www.tse.jus.br;
5. Certificado de Reservista para o sexo masculino, exceto se for estrangeiro com visto permanente;
6. Número de Inscrição no PIS/PASEP;
7. Comprovante de **CONTA SALÁRIO** (cópia do extrato ou cartão comprovando os dados da conta). Informamos que a UFPA aceita somente contas salário pessoais dos seguintes Bancos: Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Santander, Bradesco e Itaú;
8. Comprovante de Residência (Conta de energia, Água, Telefone ou outro documento comprobatório);
9. Certidão Negativa de Antecedentes Criminais, expedida através do site http://www.tjpa.jus.br;
10. Comprovação dos pré-requisitos exigidos no edital de abertura de inscrição - o diploma de graduação; o(s) título(s) de pós-graduação e histórico acadêmico;
11. 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;
12. Comprovante de entrega das declarações de bens e situações de conflito de interesses emitida pelo Sistema e-Patri (orientações no Anexo III);
13. Emissão do CNIS (orientações no Anexo III);
14. Certidão de Nascimento e CPF ou RG e CPF dos dependentes para fins de Auxílios/benefícios e/ou Imposto de Renda;
15. Uma foto 3x4 recente;
16. Preencher os formulários que estão em anexo.

4° PASSO: Agendar pelos telefones **(91) 3201-8037/8324** a data e o horário para a assinatura do contrato e entrega do laudo médico da UFPA e os documentos citados acima à Coordenadoria de Seleção e Admissão/DIPLAD/PROGEP, localizada no 1º andar do prédio da Reitoria.

SERVIÇO PUBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

FOTO 3X4

ANEXO I

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

DADOS PESSOAIS		
Nome:		
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	Data de Nascimento:	
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Pai:		
Mãe:		
Estado Civil:	Nome do(a) Cônjuge:	
End. Residencial:		Nº:
Bairro:	Município:	
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 Salário:	Agência nº:
Nome da agência:		
Empregos anteriores (mencionar empresas, cargos e períodos): _____		
Tipo sanguíneo:	Cor:	

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

Belém-PA, ____/____/_____	_____ Assinatura

SERVIÇO PUBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA: AUXÍLIOS E/OU IMPOSTO DE RENDA

Nome:			**Matrícula:**
CPF:	**Contatos:**		
Cargo:	**Lotação:**		
E-mail:			
RELAÇÃO DE DEPENDENTES			
Nome:			**Parentesco:**
Nascimento: ____/____/_____	**Sexo: ( ) F ( ) M**	**CPF:**	
UF Cartório:	**Nº Registro:**	**Folha/Livro:**	
Nome do Cartório:			
Nome da mãe:			
( ) Informado para fins de Imposto de Renda ( ) Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.			
Nome:			**Parentesco:**
Nascimento: ____/____/_____	**Sexo: ( ) F ( ) M**	**CPF:**	
UF Cartório:	**Nº Registro:**	**Folha/Livro:**	
Nome do Cartório:			
Nome da mãe:			
( ) Informado para fins de Imposto de Renda ( ) Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.			
Nome:			**Parentesco:**
Nascimento: ____/____/_____	**Sexo: ( ) F ( ) M**	**CPF:**	
UF Cartório:	**Nº Registro:**	**Folha/Livro:**	
Nome do Cartório:			
Nome da mãe:			
( ) Informado para fins de Imposto de Renda ( ) Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.			
Nome:			**Parentesco:**
Nascimento: ____/____/_____	**Sexo: ( ) F ( ) M**	**CPF:**	
UF Cartório:	**Nº Registro:**	**Folha/Livro:**	
Nome do Cartório:			
Nome da mãe:			
( ) Informado para fins de Imposto de Renda ( ) Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.			

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. Declaro ainda, que nenhuma vantagem foi ou será percebida, por si ou pelo(a) cônjuge ou companheiro(a), sob o mesmo fundamento. Fazem parte deste processo os seguintes documentos:

( ) Cópia da(s) certidão(ões) de nascimento do(s) dependente(s);
( ) Autorização judicial;
( ) CPF.

◯ **NADA A DECLARAR.**

Belém-PA, ____/____/_____.

_____
Assinatura

ANEXO III – ORIENTAÇÕES

EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE BENS E SITUAÇÕES DE CONFLITO DE INTERESSES

Conforme o disposto no Decreto nº 10.571, de 09.12.2020, assim como nas orientações contidas no Ofício n. 120/2022/SCC/CGU, **a apresentação e a análise das declarações de bens e de situações que possam gerar conflito de interesses devem ser realizadas exclusivamente por meio do Sistema e-Patri**, administrado pela Controladoria-Geral da União – CGU.

Para isso, **todos os que estiverem em processo de admissão ou contratação** na UFPA, seja por concurso (para cargos efetivos) ou processo seletivo (para contratação temporária de professores substitutos ou visitantes), **deverão realizar os seguintes procedimentos**:

1. Criar, caso ainda não tenha, uma conta no Gov.br com selo prata ou ouro;
2. Fazer o pré-cadastro no Sistema e-Patri;
3. Apresentar a declaração diretamente no Sistema e-Patri;
4. **Gerar o comprovante de entrega da declaração e apresentá-lo na Coordenadoria de Seleção e Admissão/PROGEP**, juntamente com os demais documentos admissionais, **no momento da posse ou assinatura do contrato**.

De acordo com o art. 4º do Decreto 10.571/2020, o agente público também deverá apresentar a declaração por meio do Sistema e-Patri **nas datas em que ocorrerem as seguintes situações**:

a) Exoneração/Vacância;
b) Rescisão contratual;

Ressalta-se que **o comprovante de entrega da declaração [referenciado no item 4] não será substituído por qualquer outro documento**, sendo, deste modo, **obrigatória e de responsabilidade do ingressante** a realização dos procedimentos no Sistema e-Patri para obtê-la.

EMISSÃO DO EXTRATO DE CONTRIBUIÇÕES (CNIS)

Para a emissão do extrato de contribuições, deverá realizar os seguintes passos:

1. Criar, caso ainda não tenha, uma conta no Gov.br;
2. Acessar o portal Meu INSS e realizar o login pelo Gov.br;
3. Clicar em "Extrato de Contribuição (CNIS)", conforme imagem a seguir:

4. Após acessar a opção anterior, clicar em "Baixar PDF" ao final da página e, em seguida, na primeira opção: "Com relações previdenciárias".

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE NÃO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DESEMPREGO

Eu, _____, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob o nº _____, contratado(a) para o cargo de _____, DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998[1], de 11 de janeiro de 1990, que a partir do efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado(a), não sou beneficiário(a) 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 Penal[2].

Belém-PA, _____ de _____ de _____.
(Local e data)

_____
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.

SERVIÇO PUBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO V

FORMULÁRIO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR OU EMPREGADO

Nome:		
CPF:		
Cargo:		
Lotação:		
Endereço residencial:		**Nº**
Bairro:	**Complemento:**	
Cidade:	**Estado:**	**CEP:**
Telefone:		
Possui deficiência:		

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço residencial:		**Nº**
Bairro:	**Complemento:**	
Cidade:	**Estado:**	**CEP:**
Telefone:		

3. ENDEREÇO DO TRABALHO

Endereço residencial:		**Nº**
Bairro:	**Complemento:**	
Cidade:	**Estado:**	**CEP:**

4. 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:_____	

5. DECLARAÇÃO:

DECLARO, sob a minha inteira responsabilidade serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas e que utilizo o benefício para cobrir despesas realizadas com transporte coletivo municipal, intermunicipal ou interestadual nos deslocamentos trabalho/residência e vice-versa, sob pena de aplicação do disposto no art. 6º, § 1º da Medida Provisória nº 2.165-36, de 23 de agosto de 2001, publicada no DOU de 24 de agosto de 2001.

Que atualizarei o percurso de residência até o local de trabalho, quando houver mudança, conforme disposto no § 2º do art. 6º da Medida Provisória nº 2.165-36, de 23 de agosto de 2001, publicada no DOU de 24 de agosto de 2001 e § 1º do art. 4º do Decreto nº 2.880, DOU de 16/12/98.

E que estou ciente que a consignação da cota-parte (6% do vencimento, proporcional a 22 dias) referente à participação no custeio do benefício Auxílio-Transporte, será deduzido do valor total, em folha de pagamento, observado o art. 2º da Medida Provisória nº 2.165-36, de 23 de agosto de 2001, publicada no DOU de 24 de agosto de 2001 e art. 2º do Decreto nº2.880, DOU de 16/12/98.

Definição: Benefício de natureza indenizatória, pago em pecúnia pela União, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com transporte coletivo municipal, intermunicipal ou interestadual pelo servidor ou empregado público da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações, nos deslocamentos de suas residências para os locais do trabalho e vice-versa.

Informações Gerais:

1. O deslocamento considerado para fins de concessão do Auxílio-Transporte é aquele que compreende residência-trabalho e vice-versa. (Art. 1º da Medida Provisória nº 2.165-36/2001 e art. 1º da Instrução Normativa nº 207, de 21 de outubro de 2019);

2. Entende-se por residência o local onde o servidor ou empregado público possui moradia habitual. (Art. 1º, §2º da Instrução Normativa nº 207, de 21 de outubro de 2019);

3. Se o servidor ou empregado público possuir mais de uma residência, o auxílio-transporte será concedido considerando apenas uma delas. (bArt. 1º, §3º da Instrução Normativa nº 207, de 21 de outubro de 2019);

4. No caso de acumulação lícita de cargos ou empregos, é facultada opção ao servidor de perceber o auxílio pelo deslocamento trabalho - trabalho, sendo vedado o pagamento do benefício em relação ao cargo ou emprego da segunda jornada de trabalho. (Art. 3º, da Medida Provisória nº 2.165-36/2001);

5. É vedado o pagamento de auxílio-transporte:

a. Quando utilizado veículo próprio ou qualquer outro meio de transporte que não se enquadre na disposição contida no §1º do artigo 1º da Instrução Normativa nº 207, de 21 de outubro de 2019;
b. Para os deslocamentos em intervalos para repouso ou alimentação, durante a jornada de trabalho;
c. Para os deslocamentos durante a jornada de trabalho, em razão do serviço;
d. Ao servidor ou empregado público que faça jus à gratuidade prevista no §2º do art. 230 da Constituição Federal de 1988; e
e. Nos deslocamentos residência/trabalho/residência, quando utilizado serviço de transporte regular rodoviário seletivo ou especial.

6. Entende-se como transporte regular rodoviário seletivo ou especial, os veículos que transportam passageiros exclusivamente sentados, para percursos de médias e longas distâncias, conforme normas editadas pelas autoridades de transporte competentes;

7. A vedação para utilização de transporte regular rodoviário seletivo ou especial, não se aplica ao servidor ou empregado público, nos casos em que a localidade de residência não seja atendida por meios convencionais de transporte ou quando o transporte seletivo for comprovadamente menos oneroso para a Administração;

8. Para fins de recebimento do auxílio-transporte**,** o carro próprio somente pode ser utilizado por servidor ou empregado público que possua deficiência e que não possa ser transportado por motivo de inexistência ou precariedade por meio de transporte coletivo, seletivo ou especial adaptado, nos termos do inciso I e dos §§ 3º a 5º do art. 2º da Instrução Normativa nº 207, de 21 de outubro de 2019;

9. O auxílio-Transporte não será pago quando o servidor/empregado se enquadrar nas seguintes situações (rol exemplificativo) e demais hipóteses em que não ocorra o deslocamento do servidor/empregado de sua residência para os locais de trabalho e vice-versa:

a) afastamento para realizar curso dentro do país, mas fora da cidade sede;

b) afastamento para o exterior;

c) afastamento sem remuneração;

d) férias;

e) licença-prêmio por assiduidade;

f) faltas;

g) licença maternidade;

h) licença para acompanhamento de cônjuge sem remuneração;

i) licença para tratamento da própria saúde ou de pessoa da família;

j) Licença paternidade;

k) Licença à adotante;

l) Licença gala;

m) Licença nojo; e

n) Doação de Sangue.

10. Os dirigentes de gestão de pessoas dos órgãos e entidades públicas devem garantir a economicidade na concessão do auxílio-transporte, com a escolha do meio de transporte menos oneroso para a Administração, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal. (Art. 6º da Instrução Normativa nº 207, de 21 de outubro de 2019);

11. O valor do custo mensal (ida e volta) deverá ser informado considerando o valor do custo diário (ida e volta) multiplicado por 22;

12. Informamos que o valor do auxílio transporte é estimado com base em dados da folha de pagamento do mês anterior. Após o fechamento da folha o valor do auxílio transporte é recalculado, tendo em vista que afastamentos e licenças alteram diretamente no cálculo; e

13. Sobre pagamento do auxílio transporte favor observar o Artº 5. da MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.165-35 DE 26 DE JULHO DE 2001.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- A presente vantagem não incorpora à 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/vencimentobásico;
- Não fará jus à vantagem, o servidor cujas despesas de transporte forem inferior a 6% do salário/vencimentobásico;
- O servidor que utilizar ônibus intermunicipal, deverá apresentar comprovantes de passagem ida e volta e comprovante de residência.

Fundamentação Legal:

Medida Provisória nº 2.165-36/2001, de 23 de agosto de 2001 (DOU de 24/08/2001);

Decreto nº 2.880, de 15 de dezembro de 1998 (DOU de 16/12/1998);

Instrução Normativa nº 207, de 21 de outubro de 2019;

Nota Técnica Consolidada nº 01/2013/CGNOR/DENOP/SEGEP/MP, de 27/05/2013; e

Nota Técnica nº 1102/2019-ME.

( ) Opto por não receber este Auxílio Transporte.

Belém-PA, _____ de _____ de _____.
(Local e data)

_____
Assinatura

SERVIÇO PUBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

1. Dados do Declarante

Nome completo:	
Cargo:	**CPF:**
E-mail:	

2. Declaração

Declaro, para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal de 1988 (com redação determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 de 1998); assim como o constante do inciso X do Art. 117 da Lei 8.112, de 1990, que:

a) ☐ **NÃO mantenho** outro vínculo empregatício em caráter permanente ou temporário em atividade privada, bem como não exerço qualquer atividade autônoma. Além do vínculo com a UFPA, não ocupo cargo, emprego ou função em outro órgão do Poder Público Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, bem como de suas Autarquias, inclusive as de Regime
Especial, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, suas subsidiárias e controladas, Fundações mantidas pelo Poder Público e demais entidades sob seu controle direto ou indireto, ainda que dos mesmos esteja afastado.

b) ☐ **NÃO participo** de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, assim como não exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário (Não se aplica aos servidores com redução de jornada com remuneração proporcional, nos termos do § 1º, do artigo 12 da Medida Provisória nº 792, 2017).

c) ☐ **EXERÇO** outro cargo, emprego ou função pública na Administração Direta, Autárquica, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação (nas esferas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal), conforme informações abaixo: **(É obrigatória a apresentação de documentação que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos)**

Esfera: ☐ Federal ☐ Estadual ☐ Municipal ☐ Distrital

Cargo/Emprego/Função:_____

Nível escolaridade: _____Data de Ingresso: _____

Órgão/Entidade/Empresa: _____

Carga Horária Semanal: _____ Ocupante de Cargo ou Função em Comissão: ☐ Sim ☐ Não

d) ☐ EXERÇO outras atividades, conforme informações constantes a seguir **(É obrigatória a apresentação de documentação que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos)**

Tipo de atividade: ☐ PRIVADA ☐ AUTÔNOMA ☐ OUTRAS: _____

Cargo/Emprego/Função: _____

Empregador: _____

Carga Horária Semanal:

_____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____Telefone:_____

e) ☐ Recebo PROVENTOS de aposentadoria**. (É obrigatória a apresentação da cópia da portaria de aposentadoria ou outro documento comprobatório)**
Cargo que originou aposentadoria: _____

Nível escolaridade: _____ Regime de trabalho do cargo exercido:_____

Órgão/Entidade/Empresa:

f) ☐ Sou beneficiário de PENSÃO CIVIL. **(É obrigatória a apresentação da cópia da portaria de concessão do benefício)**

Instituidor da Pensão Civil: _____

Grau de Parentesco com o instituidor: _____ Data início da concessão: _____

3. Declaração

- Caso venha a assumir outros vínculos, firmo o compromisso de comunicar a esta unidade de gestão de pessoas.
- A presente declaração é firmada com pleno conhecimento de que qualquer omissão constituirá presunção de má fé.
- Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto no Código Penal Brasileiro e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Belém-PA, _____ de _____ de _____.
(Local e data)

_____
Assinatura

SERVIÇO PUBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO VII

TERMO DE OPÇÃO DO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Eu,_____, inscrito(a) no CPF sob o

nº_____, ocupante do cargo efetivo de _____:

2. DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS, FUNÇÃO OU EMPREGOS

( ) Declaro que, além de ser servidor(a) da UFPA, também sou servidor(a) público(a) no órgão _____, e, que **não recebo** benefício da mesma espécie.

( ) Declaro que, além de ser servidor(a) da UFPA, também sou servidor(a) público(a) no órgão _____, e, que **recebo** benefício da mesma espécie.

3. OPÇÃO

( ) **Opto por RECEBER o auxílio-alimentação pela UFPA**, por não usufruir, de idêntico benefício em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da constituição. Estando ciente de que inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

( ) **Opto por NÃO RECEBER o auxílio-alimentação pela UFPA**, em conformidade com artigo 22, §2º e §5º da lei 8.460/1992, por usufruir, de idêntico benefício em outro Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da constituição.

4. DECLARAÇÃO

DECLARO,

- Ter ciência da **impossibilidade de acumulação de benefícios de auxílio-alimentação ou outros de mesma natureza**, nos termos do artigo 22 da lei 8.460/1192;

- De que firmo o compromisso de atualizar as informações caso passe a acumular cargos públicos;

- Ter ciência da obrigação de repor ao erário, caso seja constatado o recebimento de auxílio-alimentação em duplicidade.

OBSERVAÇÃO: Se optar em receber o auxílio pelo vínculo da UFPA, e, caso acumule cargos públicos, apresentar documento que comprove o não recebimento do benefício no outro vínculo.

Belém-PA, _____ de _____ de _____.
(Local e data)

_____
Assinatura

ANEXO VIII

MODELO DE DECLARAÇÃO

(para quem tiver acúmulo de cargos ou empregos na área pública solicitar as respectivas empresas ou órgãos)

Orientações Gerais:

1) Utilizar papel timbrado e carimbo da instituição e do responsável pela informação;
2) Todas as informações solicitadas abaixo são imprescindíveis para análise de acúmulo de cargos.
3) Deve ser expedido pelo setor de Pessoal do Órgão/Empresa Pública.

MODELO DE DECLARAÇÃO PARA QUEM TIVER ACÚMULO DE CARGOS OU EMPREGOS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr.(a) .....(**nome da pessoa interessada**), inscrito no CPF sob n. ....., e RG n. ....., é ..... (empregado público/ servidor efetivo ou substituto...) nesta instituição ..... (**nome e CNPJ da instituição**), pessoa jurídica de direito.....(privado ou público), ocupante do cargo de..... (professor/ assistente em administração/ analista/ Técnico em contabilidade, etc.), nível de ensino necessário para o ocupar o cargo/emprego: .....(médio, técnico, superior...), sob o regime jurídico ..... (celetista, estatutário), e exerce suas atividades na cidade ....., localizada na Rua ....., nº....., bairro ..... e cumpre a seguinte jornada de trabalho:

Regime de trabalho semanal: (discriminar se 40h, 20h, 30h, 44h, Dedicação exclusiva).

Horário de trabalho diário: (discriminar dias da semana e horários)

E por ser expressão da verdade, datamos e assinamos a presente declaração.

Local e data.

NOME DO DECLARANTE
CARGO
MATRÍCULA

ANEXO IX

TERMO DE DESISTÊNCIA

_____candidato(a) aprovado(a) no Processo Seletivo Simplificado n° _____ 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 a ordem de classificação.

_____, _____, _____, _____.
Local e data.

_____
Assinatura do(a) candidato(a)