

## INSTRUÇÕES AO CANDIDATO E DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA POSSE

<u>1° PASSO:</u> 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) Harmânia Tiracastimulanta (TCH)	
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,	45 dias
contagem e morfologia) – APENAS PARA HOMENS	45 ulas
+ 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

<u>OBSERVAÇÃO:</u> 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.

<u>2º PASSO:</u> Depois de concluído todos os exames citados acima, é preciso agendar a Perícia Médica <u>preferencialmente</u> através do e-mail <u>siass@ufpa.br</u> 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 posse. A não apresentação de qualquer dos exames solicitados implicará na NÃO EMISSÃO do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

<u>3° PASSO:</u> 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;
- Cartão de Identificação do Contribuinte (CPF);
- 3. Passaporte com visto de permanência, caso seja estrangeiro;
- 4. Título de Eleitor e guitação 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 <a href="http://www.tjpa.jus.br">http://www.tjpa.jus.br</a>;
- 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. 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);
- 12. 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;
- 13. Comprovante de entrega das declarações de bens e situações de conflito de interesses emitida pelo Sistema e-Patri (orientações no Anexo III);
- 14. Emissão do CNIS (orientações no Anexo III);
- 15. Certidão de Nascimento e CPF ou RG e CPF dos dependentes para fins de Auxílios/benefícios e/ou Imposto de Renda;
- 16. Uma foto 3x4 recente:
- 17. Preencher os formulários que estão em anexo.
- <u>4° PASSO:</u> 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.



### **ANEXO I**

FOTO 3X4

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

DADOS PESSOAIS						
Nome:						
Sexo: ( ) Feminino ( ) Maso	culino	Data de Nas	Data de Nascimento:			
Naturalidade:		Nacionalidad	le:			
Pai:						
Mãe:						
Estado Civil:	Nome do(a	) Cônjuge:				
End. Residencial:				Nº:		
Bairro:		Município:				
CEP:	Complemento:					
Telefones:		E-mail:				
Instituição de conclusão do En	sino 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 (mencion	ar empresas, cargo	os e períodos):				
Tipo sanguíneo:	Cor:					
	DOCUMEN	TOS APRESENTAI	200			
	N°:		dição://			
CARTEIRA DE IDENTIDADE	Órgão Expedidor	<del>.</del>	uiçao/			
TÍTULO DE ELEITOR	Nº:	_ Data de Expe	dição://			
THOLO DE ELEMON	Zona:	Seção:				
CPF	Nº:					
CERTIFICADO MILITAR	Nº:	Data de Expe	dição://			
PIS ou PASEP	Nº:	Órgão que ca	dastrou:			
REGISTRO PROFISSIONAL	Nº:	•	dição:/			
(Conselho de Classe)	Órgão Expedido	<del>.</del>				
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (UFPA)	Emitido em:/	// Médico(a):	:			
Belém-PA,/		Ass	inatura			



#### **ANEXO II**

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

Nome:								Matrícula:
CPF:		Contato	s:					
Cargo:			Lo	otação	:			
E-mail:								
		RELA	٩ÇÃC	DE DE	PEPE	NDENTES		
Nome:							Parente	sco:
Nascimento:/		Sexo: (	) F	( )	1	CPF:		
UF Cartório:	Nº Registro	<b>o</b> :			Fo	lha/Livro:		
Nome do Cartório:								
Nome da mãe:								
( ) Informado para fins	de Imposto	de Renda	( )	Inform	ado p	ara garantir	auxílios/b	penefícios da Lei nº. 8.112/90.
Nome:							Parente	sco:
Nascimento:/_		Sexo: (	) F	( )	1	CPF:		
UF Cartório:	Nº Registro	o:			Fo	lha/Livro:		
Nome do Cartório:								
Nome da mãe:								
( ) Informado para fins	de Imposto	de Renda	( )	Inform	ado p	ara garantir	auxílios/b	enefícios da Lei nº. 8.112/90.
Nome:							Parente	sco:
Nascimento:/_		Sexo: (	) F	( ) [	Λ	CPF:		
UF Cartório:	Nº Registro	o:			Fo	lha/Livro:		
Nome do Cartório:								
Nome da mãe:								
( ) Informado para fins	de Imposto	de Renda	( )	Inform	ado p	ara garantir	auxílios/b	enefícios da Lei nº. 8.112/90.
Nome:							Parente	sco:
Nascimento:/		Sexo: (	) F	( ) [	Л	CPF:		
UF Cartório:	Nº Registro	o:			Fo	lha/Livro:		
Nome do Cartório:								
Nome da mãe:								
( ) Informado para fins	de Imposto	de Renda	( )	Inform	ado p	ara garantir	auxílios/b	enefícios 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.								
O NAD	A A DECL	ARAR.					Belém-l	PA,/
-				Assin	atura	1		<del></del>



### **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 obtêla.

### **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 _		, admitido(a) para				
o cargo de	cargo de, DECLARO, conform					
art. 24 da Lei nº 7.9981, de 11 de janeiro de 199	0, que a partir do efeti <sup>,</sup>	vo exercício no cargo				
ou emprego para o qual fui convocado(a), não s	sou beneficiário(a) do	seguro desemprego.				
DECLARO, ainda, que as informações aqui p	prestadas são exatas	e verdadeiras e de				
minha inteira responsabilidade, sob pena de ca	aracterização do crime	tipificado no art. 299				
do Código Penal².						
Belém-PA,	de (Local e data)	de				
Assina	atura					

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

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.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Lei n<sup>0</sup> 7998, de 11 de janeiro de 1990

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940



#### **ANEXO V**

#### FORMULÁRIO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVID	OR 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			1
Endereço residencial:			Nº
Bairro:	Complemento:		
Cidade:	Estado:	CEP:	
4 MEIO DE LOCOMOÇÃO (4:	ananauta máblica resultamente	d-\.	
	ansporte público regulamenta	ao):	
Linha:			
Quantidade/dia:		Valor Unitário: R\$	
Linha:		1	
Quantidade/dia:		Valor Unitário: R\$	
Linha:			
Quantidade/dia:		Valor Unitário: R\$	
Linha:			
Quantidade/dia:		Valor Unitário: R\$	
PERCURSO (deslocamento da	residência/trabalho e trabalho/resid	dência):	
	•		
IDA:			

#### 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;
- I) Licença gala;



PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

- 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 № 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);
nstrução 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



#### **ANEXO VI**

## TERMO DE OFERTA DO PLANO DE BENEFÍCIOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DO PODER EXECUTIVO (PLANO EXECUTIVO FEDERAL)

Prezado (a) Servidor (a),

Em cumprimento ao disposto no artigo 16 da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, oferecemos- lhe a adesão ao **Plano de Benefícios dos Servidores Públicos Federais do Poder Executivo (Plano Executivo Federal)**, administrado pela Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe) e aprovado pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC) por meio da Portaria do Diretor de Análise Técnica da PREVIC nº 44, de 31 de janeiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 04 de fevereiro de 2013.

O Plano Executivo Federal é disponibilizado a todos os servidores públicos titular de cargo efetivo dos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo Federal. Trata-se de plano de previdência complementar do tipo contribuição definida que garante aos seus Participantes benefícios programados e de risco.

A sua inscrição no Plano Executivo Federal é facultativa e poderá ser feita a qualquer tempo, desde que o Plano esteja disponível aos servidores públicos federais do Poder Executivo. A inscrição poderá ser realizada diretamente na unidade de recursos humanos do seu órgão ou entidade.

Caso Vossa Senhoria faça a sua inscrição no Plano Executivo Federal, as suas contribuições regulares ao Plano serão descontadas diretamente do seu contracheque e repassadas à Funpresp-Exe, em conformidade com o Regulamento do Plano e a legislação em vigor.

Para maiores esclarecimentos acerca do Plano Executivo Federal, dirija-se à unidade de recursos humanos do seu órgão ou entidade, ou diretamente à Funpresp-Exe, especialmente pelos canais de atendimento disponibilizados pelo endereço eletrônico <a href="www.funpresp-exe.com.br">www.funpresp-exe.com.br</a>.

#### CIENTE.

Belém-PA,//
 Nome completo do(a) servidor(a)
Assinatura



### **ANEXO VII**

### TERMO DE CIÊNCIA DO SERVIDOR EM ESTÁGIO PROBATÓRIO

Eu,						, ocu	pante do
cargo de					, declard	estar c	iente dos
critérios e etapas do processo	o de estágio	probatór	io, con	forme inf	ormaçõe	s gerais	abaixo:
• Estágio Probatório: É	έ o período α	de avalia	ção do	desemp	enho do	servidor	admitido
por concurso público, com	o objetivo	de con	statar	sua apt	idão e	capacida	ade para
desempenhar suas funções e	aquisição d	e sua es	tabilida	ade.			
• Fundamentação leg	al: artigo	20 da	Lei 8	3112/90,	alterado	pela	Emenda
Constitucional nº 19/98.							
Compreende o período	o de 36 mese	es, conta	dos a p	partir da d	data de e	fetivo ex	ercício.
Nesse período	terei minha	aptidão	е сара	acidade a	ıvaliada p	oela min	ha chefia
imediata em primeira e segur	nda instância	a, bem co	omo se	erei subm	etido à a	valiação	especial
por Comissão para a avaliaçã	ão do estágio	probató	rio.				
A avaliação dar-se	e-á nos tern	nos da F	≀esoluç	ção nº 1	.327/201	1 do CC	NSAD e
observará: assiduidade, o	disciplina,	capacid	ade d	de inici	ativa, p	rodutiv	idade e
responsabilidade.							
Situações em que	a contager	m do per	íodo d	de estági	o é susp	ensa:	
<ul> <li>Licenças por motivo de de Licença para acompanha ponto do território nacional ou Licença para o exercício indeterminado e sem remune</li> <li>Licença para atividade po Afastamento para servir e Afastamento para partici concurso para outro cargo na término do impedimento. (Art</li> <li>Licença para Tratamento 15.187/2019 – Ministério da Educación</li> </ul>	mento de côn u exterior; de mandato eração); olítica; em organism ipação em o na administra do da própria S	njuge ou eletivo do o interna curso de ação púb Lei nº 8.1	compa os Pod cional; formacolica fe 12/90	enheiro qu leres Exe ção, dec ederal, se e Lei 9.5	orrente on ndo reto 27, de 10	Legislativ de aprov mado a 0/12/97);	vo (prazo ação em partir do
	Belém-PA,	·	de			de	<del>-</del>

Assinatura



# ANEXO VIII DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Pág. 01/02

Dac	los.	dΩ	Dec	lara	nte
	vo	uu		ala	

Nome completo:	
Cargo:	CPF:
E-mail:	
<b>1. Declaração</b> Declaro, para fins do contido nos incisos XVI e XVII do determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 d da Lei 8.112, de 1990, que:	
a) NÃO mantenho outro vínculo empregatício em ca bem como não exerço qualquer atividade autônoma. Alér ou função em outro órgão do Poder Público Federal, Esta Autarquias, inclusive as de Regime Especial, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mantidas pelo Poder Público e demais entidades sob seu esteja afastado.	n do vínculo com a UFPA, não ocupo cargo, emprego dual, Municipal ou Distrital, bem como de suas
b) NÃO participo de gerência ou administração de so assim como não exerço o comércio, exceto na qualidade servidores com redução de jornada com remuneração pro Provisória nº 792, 2017).	de acionista, cotista ou comanditário (Não se aplica aos
c) EXERÇO outro cargo, emprego ou função pública Sociedade de Economia Mista ou Fundação (nas esfer informações abaixo: (É obrigatória a apresentação de trabalho diária declarados, incluindo intervalos)	as Federal, Estadual, Distrital ou Municipal), conforme
Esfera:	
Cargo/Emprego/Função:	
Nível escolaridade:	-
Órgão/Entidade/Empresa:	
Carga Horária Semanal: Ocupante	e de Cargo ou Função em Comissão:   Sim   Não
d)   EXERÇO outras atividades, conforme informaçõe documentação que comprove o vínculo e jornada de torma de to	
Tipo de atividade: ☐ PRIVADA ☐ AUTÔNOMA ☐	OUTRAS:
Cargo/Emprego/Função:	
Empregador:	
Carga Horária Semanal:	
Endereço:	
Bairro: Cidade/UF:	Telefone:
e) Recebo PROVENTOS de aposentadoria. (É ol	origatória a apresentação da cópia da portaria de



:ITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTAO DE PESSOAL Pág. 02/02

Cargo que originou aposentadoria:		
Nível escolaridade:	Regime de trabalho do cargo exercido:	
Órgão/Entidade/Empresa:		
f) Sou beneficiário de PENSÃO CIVIL. <b>(É obri</b>	gatória a apresentação da cópia da portaria	de concessão
do benefício)		
Instituidor da Pensão Civil:		
Grau de Parentesco com o instituidor:	Data início da concessão:	
) Declaração		
2. Declaração	o compromisso de comunicar a esta unidade de	goetão do
pessoas.	o compromisso de comunicar a esta unidade de	gestao de
A presente declaração é firmada com pleno co	onhecimento de que qualquer omissão constitui	rá presunção de
<ul><li>má fé.</li><li>Estou ciente que declarar falsamente é crime p</li></ul>	previsto no Código Penal Brasileiro e que por el	e responderei
independentemente das sanções administrativas, o		
documento.		
Belém-PA	., de	de
	(Local e data)	

Assinatura



## **ANEXO IX**

## 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 se, e, que não recebo benefíci	
( ) Declaro que, além de ser servidor(a) da UFPA, também sou se, e, que recebo benefício da	
3. OPÇÃO	
( ) Opto por RECEBER o auxílio-alimentação pela UFPA por não usufrui	r, de idêntico benefício em outro
Órgão Público, Cargo ou Emprego na forma da constituição. Estando ci informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos a suspensão do benefício.	ente de que inveracidade das
( ) Opto por NÃO RECEBER o auxílio-alimentação pela UFPA, em confoi	midade com artigo 22, §2º e §5º
da lei $8.460/1992$ , por usufruir, de idêntico benefício em outro Órgão Público, constituição.	Cargo ou Emprego na forma da
4. DECLARAÇÃO	
DECLARO,	
- Ter ciência da <b>impossibilidade de acumulação de benefícios de auxílio-a natureza</b> , nos termos do artigo 22 da lei 8.460/1192;	limentação ou outros de mesma
- De que firmo o compromisso de atualizar as informações caso passe a acum	nular cargos públicos;
- Ter ciência da obrigação de repor ao erário, caso seja constatado o recebimo duplicidade.	ento de auxílio-alimentação em
OBSERVAÇÃO: Se optar em receber o auxílio pelo vínculo da UFPA, e, c apresentar documento que comprove o não recebimento do benefício no	
Belém-PA, de	de .
Belém-PA, de (Local e data)	
Assinatura	



#### **ANEXO X**

#### **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;
- 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 XI TERMO DE DESISTÊNCIA

		candidato(a)	aprovado(a)	nc
Concurso Público nº	em pleno gozo d	le suas faculdade	s e direitos, ded	clara
neste ato desistir de assumir o	cargo para o qual foi a	provado(a), por m	otivos particular	es.
Declara, ainda, que esta de	ecisão tem caráter irre	vogável, para todo	os os fins de dir	eito.
Assim sendo estará a Univers	sidade Federal do Pa	rá autorizada a c	onvocar o próx	imo,
candidato obedecendo rigorosa	imente a ordem de clas	ssificação.		
	,,, Local e data.			
<del></del>	Assinatura do(a) candi	dato(a)		