



## INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

### DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA NOMEAÇÃO

- **Laudo Médico:** *Fornecido pela Junta Médica da UFAC / Setor Médico, (Fone: 3901-2573), no horário de 09:00h às 12:00h e das 14:30h às 17:00h, sendo que para obter o referido laudo, o interessado deverá estar de posse dos exames, descritos abaixo, bem como do encaminhamento emitido pela Diretoria de Desempenho e Desenvolvimento.*
  1. Hemograma Completo
  2. Raio X do Tórax – P.A. e perfil (com laudo)
  3. Atestado de Sanidade Mental (Médico Psiquiatra)
  4. Laudo Oftalmológico (Médico Oftalmologista)
  5. Tipo Sanguíneo – ABO e Fator RH
  6. Glicemia
  7. PSA (Somente para candidatos do sexo masculino acima dos 40 anos)
  8. Uréia e Creatinina
  9. Exame Físico (Médico UFAC)

*Obs.: Serão aceitos atestados originais e relatórios de exames médicos, mesmo obtidos em outros Estados, desde que tenham sido realizados há menos de 30 (trinta) dias.*
- Uma Fotografia 3x4 (recente);
- Registro Geral/Carteira de Identidade;
- Cartão de Identificação do Contribuinte (CPF);
- Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Título de Eleitor e a certidão de quitação do TRE;
- Certificado de Reservista, exceto se for estrangeiro com visto permanente;
- Cartão de Inscrição PIS/PASEP;
- Comprovante de Endereço atualizado;
- Banco, Agência e Conta Corrente;
- Passaporte com visto de permanência (se for estrangeiro), (Xerox dos dados pessoais e do visto);
- Certificado de Escolaridade registrado no órgão competente;
- Registro no conselho ou Órgão Fiscalizador do exercício profissional (se exigido no edital);
- Comprovação dos pré-requisitos, se exigido no edital de abertura de inscrição e
- Declaração de não recebimento de seguro desemprego;
- Declaração de declaração de bens;
- Declaração de acumulação (ou não) de cargos;
- Termo de Opção de Auxílio Alimentação e
- Ficha de cadastro do servidor.

De posse dos citados documentos (**Fotocópias e Originais**), o interessado, **quando convocado**, deve dirigir-se a Diretoria de Desempenho e Desenvolvimento/PRODGEP, no horário de 8h às 12:00h e de 14h às 17:00h – Telefone 3901-2673– 3229- 2801

**Prédio da Reitoria -S/N-Campus Universitário, BR-364 – Distrito Industrial, Rio Branco-AC.  
CEP- 69915-900 (068) 3901-2557, 3901-2673 e 3901-2807**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS  
DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO

**DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE SEGURO-DESEMPREGO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº \_\_\_\_\_,  
cargo/emprego público de \_\_\_\_\_.

DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998<sup>i</sup>, 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 artigo 299 do Código Penal<sup>ii</sup>.

Rio Branco – AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

<sup>i</sup> Lei nº 7.998/90 - 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.

<sup>ii</sup> Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848/40 - 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 devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS  
DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO

**DECLARAÇÃO DE BENS**

<b>NOME</b>			
<b>CARGO/FUNÇÃO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>PADRÃO</b>
<b>LOTAÇÃO</b>			

**DECLARA PARA FINS DE POSSE EM CARGO PÚBLICO:**

- () QUE NÃO POSSUI BENS E VALORES A SEREM DECLARADOS OU
- () QUE POSSUI OS SEGUINTE BENS E VALORES ABAIXO ESPECIFICADOS:

<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>VALOR EM R\$</b>

Rio Branco – AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras, e dou fé.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Declarante



### DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF/MF, nº \_\_\_\_\_ e RG nº \_\_\_\_\_,  
em consonância com o disposto nos incisos XVII do art. 37 da Constituição Federal e em face  
do contido no Decreto n.º 2.027, de 11 de outubro de 1996, e para fins de investidura no cargo  
de \_\_\_\_\_, DECLARO que:

- exerço cargo/emprego/função de \_\_\_\_\_,  
pertencente ao quadro do Órgão/Entidade \_\_\_\_\_, em regime  
de \_\_\_\_\_ horas semanais, onde recebo  Auxílio Transporte,  Auxílio  
Alimentação,  Auxílio Pré-Escolar, conforme comprovante em anexo;
- percebo proventos decorrentes de aposentadoria acumulável no cargo de  
\_\_\_\_\_, pertencente ao quadro do  
Órgão/Entidade \_\_\_\_\_, em regime de \_\_\_\_\_ horas  
semanais, desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme comprovante em anexo.

Comprometo-me a comunicar ao setor competente, qualquer alteração que vier a ocorrer em  
minha vida funcional, que não atenda aos dispositivos legais previstos para os casos de  
acumulação de cargos.

Declaro, ainda, estar ciente que a falsidade dessa declaração configura crime, previsto no Art.  
299 do Código Penal Brasileiro, e que por ela responderei, independente das sanções  
administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Rio Branco-AC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante



### DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF/MF, n.º \_\_\_\_\_ e RG n.º \_\_\_\_\_,  
em consonância com o disposto nos incisos XVII do art. 37 da Constituição Federal e em face  
do contido no Decreto n.º 2.027, de 11 de outubro de 1996, e para fins de investidura no cargo  
de \_\_\_\_\_, **DECLARO que**  
**não exerço qualquer cargo ou emprego público na Administração Pública Federal,**  
**Estadual e Municipal Direta, nas Autarquias, nas Fundações mantidas pelo Poder**  
**Público, nas Empresas Públicas e nas Sociedades de Economia Mista,** nem percebo  
proventos decorrentes de aposentadoria inacumulável com o cargo que tomarei posse (ou  
serei contratado) na Universidade Federal do Acre. Comprometo-me a comunicar ao setor  
competente, qualquer alteração que vier a ocorrer em minha vida funcional, que não atenda  
aos dispositivos legais previstos para os casos de acumulação de cargos.

Declaro, ainda, estar ciente que a falsidade dessa declaração configura crime, previsto no Art.  
299 do Código Penal Brasileiro, e que por ela responderei, independente das sanções  
administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Rio Branco-AC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Declarante



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS  
DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO

**TERMO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

Solicito minha inscrição como benefício do Auxílio Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro órgão público.			
<b>NOME:</b>		<b>MATRÍCULA</b>	
<b>CARGO/FUNÇÃO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>NÍVEL</b>	<b>PADRÃO</b>
<b>LOTAÇÃO</b>			
<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>			
Das            às            e das            às			
Estou ciente da veracidade das informações prestadas, constituem falta grave possível de punição nos termos da Lei específica, inclusive com suspensão do benefício.			
Rio Branco – Ac, _____ de _____ de _____.			
_____ Assinatura do (a) Servidor (a)			



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS  
DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO

FICHA DE CADASTRO DO SERVIDOR

CPF									
NOME									
SEXO:	MASC.		FEM.		DATA NASC.		TIPO SANGUÍNEO		
NOME DO PAI									
NOME DA MÃE									
NATURALIDADE			UF				NACIONALIDADE		
ESTADO CIVIL									
ESCOLARIDADE									
COR/ETNIA			PNE:	NÃO		se SIM - CID		DEPENDENTES (I.R.)	

DOCUMENTOS PESSOAIS

IDENTIDADE			ÓRG. EXPED.		UF		DATA DA EXEPDIÇÃO	
TÍT. ELEITORAL		UF		ZONA		SEÇÃO	DATA DA EXEPDIÇÃO	
CERT.MILITAR			ÓRG. EXPED.		SÉRIE		DATA DA EXEPDIÇÃO	
CART.TRABALHO			SÉRIE		UF		DATA DA EXEPDIÇÃO	
CART.HABILITAÇÃO			REGISTRO		UF		DATA DA EXEPDIÇÃO	
CATEGORIA		DATA DA 1ª HABILITAÇÃO			VALIDADE			
PIS/PASEP			PASSAPORTE			DATA DO 1º EMPREGO		

ENDEREÇO RESIDENCIAL

ENDEREÇO					Nº	
COMPLEMENTO						
BAIRRO			MUNICÍPIO		UF	
PAÍS			CEP		CX.POSTAL	
TELEFONE		FAX		CELULAR		
E-MAIL						

DADOS BANCÁRIOS

BANCO		AGÊNCIA		C/C	
-------	--	---------	--	-----	--

FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSO					
TITULAÇÃO					
INSTITUIÇÃO					
MUNICÍPIO		PAÍS		ANO DE CONCLUSÃO	

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras, e dou fé.

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do(a) Servidor(a)