



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

CONVOCAÇÃO

A Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas - PRODGEP, em atenção ao que dispõe o Concurso Público de Provas e Títulos para Provimento de Cargos para a Carreira do Magistério Superior, nos termos do **Edital PROGRAD Nº 02/2013**, publicado no D.O.U. Nº 49, de 13 de março de 2013, páginas 31/35, seção 3 e Resultado Final publicado no D.O.U. Nº 100, de 27 de maio de 2013, pág. 36/37, seção 3, convoca a candidata **RAFAELA ESTER GALISTEU DA SILVA**, nomeada através da Portaria nº 1081, de 14 de maio de 2014, publicada no DOU n.º 94, seção 2, pag.14, de 20 de maio de 2014, para o cargo de Professor de Magistério Superior, Campus Rio Branco, aprovado em 3º lugar, área de Anatomia e Fisiologia Humana, código 037, em regime de Dedicção Exclusiva, para fins de admissão.

A posse ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação do ato no Diário Oficial da União, de acordo com o Parágrafo 1º do Art. 13, da Lei nº 8.112/90.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas, através do telefone (68) 3229-6569.

Rio Branco – Acre, 20 de maio de 2014.

Filomena Maria Oliveira da Cruz
Pró-Reitora de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE ADMISSÃO E SELEÇÃO

ANEXO I

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA NOMEAÇÃO
(INSTRUÇÕES AO CANDIDATO)

• Laudo Médico, a ser fornecido pela Junta Médica da UFAC/Setor Médico, (Fone: 3901-2573), no horário de 09h às 12h e das 14h30 às 17hs, 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 – PA e perfil (com laudo)
3. Atestado de Sanidade Mental (Médico Psiquiatra)
4. Exame Oftalmológico (Médico Oftalmologista)
5. Tipo Sanguíneo – ABO e Fator RH
6. Glicemia
7. PSA (sexo masculino – acima 40 (quarenta) 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);
- Certificado de Escolaridade registrado no órgão competente;
- Registro no conselho ou Órgão Fiscalizador do exercício profissional, caso for exigido no edital de concurso;
- Comprovação dos pré-requisitos (comprovação de experiência) em caso de exigência no edital de abertura de inscrição;
- Declaração de bens e valores (em anexo)
- Declaração de acumulação de cargos (em anexo)

Observação: 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 12h e de 14h às 17h – 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-ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, _____,

inscrito(a) no CPF/MF, n° _____ e RG n° _____,

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 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 _____ 20__.

Assinatura do Declarante



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

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF/MF, n° _____ e RG n° _____,
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 _____ 20____.

Assinatura do Declarante



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

TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Solicito minha inscrição como benefício do Auxílio Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro órgão público.

NOME:	MATRICULA
-------	-----------

CARGO/FUNÇÃO	NIVEL	CLASSE	PADRÃO
--------------	-------	--------	--------

LOTAÇÃO

Horário de Trabalho

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 20 _____

Assinatura do (a) Servidor (a)



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

DECLARAÇÃO DE BENS

NOME			
CARGO/FUNÇÃO	CLASSE	NIVEL	PADRÃO
LOTAÇÃO			

DECLARA PARA FINS DE POSSE EM CARGO PÚBLICO

(___) NÃO POSSUI BENS E VALORES A SEREM DECLARADOS

(___) QUE POSSUI OS SEGUINTE BENS E VALORES ABAIXO ESPECIFICADOS:

DISCRIMINAÇÃO	VALOR EM R\$

Rio Branco – AC, _____ de _____ de 20____.

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

Assinatura do Declarante

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 Declarante