



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

## CONVOCAÇÃO

A Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas - PRODGEP, em atenção ao que dispõe o Processo Seletivo Simplificado para contratação de professor substituto, nos termos do **Edital PROGRAD Nº 04/2014**, publicado no D.O.U. Nº 43, de 05 de março de 2014, páginas 27/28, seção 3 e Resultado Final publicado no D.O.U. Nº 76, de 23 de abril de 2014, pág. 23, seção 3, convoca os candidatos abaixo relacionados para a entrega de documentação pertinente (conforme anexo I), para fins de contratação:

**Edital PROGRAD nº 04/2014**  
**COLÉGIO DE APLICAÇÃO**

<b>Candidato</b>	<b>Área</b>	<b>Classificação</b>
JOSÉ ELIZIÁRIO DE MOURA	Língua Espanhola	1º lugar
REBEKA DA SILVA AGUIAR	Língua Portuguesa	1º lugar

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, 29 de abril de 2014.

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



**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/CONTRATAÇÃO**  
**(INSTRUÇÕES AO CANDIDATO)**

• Laudo Médico, a ser fornecido pela Junta Médica da UFAC/Setor Médico (localizado no bloco de Medicina), (Fone: 3901-2573), no horário de 09h às 12h e das 14h30min às 17h, 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 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 de 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);
- 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;
- Declaração de não acumulação ou acumulação de cargos;

**Observação:** de posse dos citados documentos (Fotocópias e Originais), o interessado deve dirigir-se a Diretoria de Desempenho e Desenvolvimento/PRODGEP, no horário de 8h às 12h e de 14h às 17h – Telefone 3901-2673 / 3229-2807.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO**  
**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E SELEÇÃO**  
**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) Declarante



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO**  
**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E SELEÇÃO**  
**DECLARAÇÃO DE BENS**

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

**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:

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

Rio Branco – AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

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



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**DIRETORIA DE DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO**  
**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E SELEÇÃO**  
**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 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**  
**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E SELEÇÃO**  
**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**  
**COORDENADORIA DE ADMISSÃO E SELEÇÃO**  
**TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

NOME:		MATRICULA	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSE	NÍVEL	PADRÃO
LOTAÇÃO			
JORNADA DE TRABALHO			
Das                    às                    e das                    às			
<p>Solicito minha inscrição como beneficiário do Auxílio Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro órgão publico.</p> <p>Estou ciente da veracidade das informações prestadas, constituem falta grave possível de punição nos termos da Lei especifica, inclusive com suspensão do benefício.</p> <p style="text-align: right;">Rio Branco-AC, _____ de _____ de 20____.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do(a) Servidor(a)</p>			