



**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 para Professor Efetivo da Carreira do Magistério de Ensino Básico, nos termos do Edital PROGRAD Nº 10/2013, Homologado através da Portaria n.º 2.018, publicada no D.O.U. Nº 171, de 04 de setembro de 2013, página 16, seção 1, convoca o(a) candidato(a) **AMILTON JOSÉ FREIRE DE QUEIROZ**, nomeado(a) através da Portaria 82/2014, de 09 de janeiro de 2014, publicada no DOU n.º 11, seção 2, pag. 12, de 16 de janeiro de 2014, área Língua Portuguesa, para o cargo efetivo de Professor da Carreira do Magistério Federal do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico, para a entrega de documentação pertinente, conforme o anexo I (abaixo), para fins de admissão.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Diretoria de Desempenho e Desenvolvimento, através dos telefones: (68) 3229-6569.

Rio Branco – Acre, 16 de janeiro de 2014.

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

ANEXO I



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

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 (xerox);
- Cartão de Identificação do Contribuinte (CPF) (xerox);
- Certidão de Nascimento ou Casamento (xerox);
- Título de Eleitor e a **certidão de quitação** do TRE (xerox);
- Certificado de Reservista (xerox), 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 (xerox);
- Registro no conselho ou Órgão Fiscalizador do exercício profissional (xerox), 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/PRODGE, no horário de 8h às 12h e de 14h às 17h – Telefone 3901-2673– 3229-2807.

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

FICHA DE CADASTRO DO SERVIDOR

CPF	
-----	--



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

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			
<u>PIS/PASEP</u>		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 ____ / ____ / ____.



**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(a) Declarante



**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, 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 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, 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 _____ 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

NOME:		MATRICULA	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSE	NÍVEL	PADRÃO
LOTAÇÃO			
JORNADA DE TRABALHO			
Das _____ às _____ e das _____ às _____			
<p>Solicito minha inscrição como beneficiário do Auxilio 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 beneficio.</p> <p>Rio Branco-AC, _____ de _____ de 20____.</p> <p>Assinatura do (a) Servidor (a)</p>			