



**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 Professor Substituto, nos termos do **Edital PROGRAD Nº 017/2014**, publicado no D.O.U. Nº 83, de 05 de maio de 2014, página 39, seção 3 e Resultado Final publicado no D.O.U. Nº 113, de 16 de junho de 2014, página 38, seção 3, convoca os candidatos abaixo para a entrega de documentação pertinente, conforme o anexo I (abaixo), para fins de contratação:

**Edital PROGRAD nº 017/2014
Colégio de Aplicação**

Candidato	Área	Classificação
CHRISTIAN DAVE FRENOPOULO GORFAIN	Sociologia	1º lugar
GILMARQUES DOS SANTOS BOSI	Pedagogia	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, 27 de junho 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	
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.

Rio Branco – AC, ____ de _____ 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 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



**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, 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 _____ 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, 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
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 beneficio.</p> <p>Rio Branco-AC, _____ de _____ de 20_____.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do(a) Servidor(a)</p>			



**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 BENEFICIÁRIO DO SEGURO-DESEMPREGO

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

DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998ⁱ, 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 Penalⁱⁱ.

Rio Branco, ____ de _____ de _____.

Assinatura

ⁱ 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.

ⁱⁱ 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.