



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

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- **Laudo Médico:** *Fornecido pela Junta Médica da UFAC / Setor Médico, (Fone: 3901-2573), no horário de 08:00h às 10:00h 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 (Emitido exclusivamente por 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. Ureia e Creatinina.

*Obs.: Serão aceitos somente atestados originais e relatórios de exames médicos, mesmo obtidos em outros Estados, desde que tenham sido realizados há menos de 30 (trinta) dias da data de convocação.*

- 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 Eleitoral (Emitida no site do TRE);
- Certificado de Reservista (Para candidatos do sexo masculino, exceto se for estrangeiro com visto permanente);
- Cartão de Inscrição PIS/PASEP;
- Comprovante de Endereço atualizado em nome do candidato (Será aceito o documento que tiver em nome dos pais ou cônjuge ou companheiro ou ainda Declaração de Endereço firmada em Cartório);
- 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, que foi exigido em Edital para o cargo pretendido;
- 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;
- Formulário de Declaração de Não Recebimento de Seguro-Desemprego;
- Formulário de Declaração de Bens e Rendimentos (DBR);
- Formulário de Acumulação de Cargo, Emprego, Função ou Provento;
- Formulário de Opção de Auxílio Alimentação e
- Formulário 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 – Telefones: 3901-2559 ou 3229-2801 – E-mail: ddd@ufac.br.

Prédio da Reitoria -S/N-Campus Universitário, BR-364 – Distrito Industrial, Rio Branco-AC.  
CEP- 69915-900



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

**FORMULÁRIO DE CADASTRO DE SERVIDOR(A)**

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

NOME:

CPF:

MATRICULA SIAPE:

CARGO:

UORG DE LOTAÇÃO:

**DADOS DO PROCESSO SELETIVO**

EDITAL/..... Nº ....., de ...../...../....., publicada no D.O.U. de: ...../...../.....

PORTARIA DE HOMOLOGAÇÃO Nº ....., de ...../...../....., publicada no D.O.U. de ...../...../.....

PORTARIA DE NOMEAÇÃO Nº ....., de ...../...../....., publicada no D.O.U. de ...../...../.....

**DADOS PESSOAIS**

Data de Nascimento: ...../...../..... Sexo:  M  F Tipo Sanguíneo: .....

Naturalidade: ..... UF: ..... Nacionalidade: .....

Nome do pai: .....

Nome da mãe: .....

Estado Civil: ..... Escolaridade: .....

Cor/Etnia: ..... PNE:  N  S – CID ..... Dependente(s) – IR: .....

RG: ..... Órgão Expedidor: ..... UF: ..... Emissão: ...../...../.....

Título Eleitoral: ..... UF: ..... Zona: ..... Seção: ..... Emissão: ...../...../.....

Certificado de Reservista: ..... Órgão Expedidor: .....

Série: ..... Emissão: ...../...../.....

Carteira de Trabalho: ..... Série: ..... UF: ..... Emissão: ...../...../.....

Habilitação: ..... Nº Registro: ..... UF: .....

Emissão: ...../...../..... Categoria: ..... 1ª Habilitação: ...../...../..... Validade: ...../...../.....

PIS/PASEP: ..... Data do 1º emprego: ...../...../.....

Passaporte: ..... Órgão Expedidor: ..... Emissão: ...../...../.....



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

**ENDEREÇO**

Endereço: ..... Nº .....  
Complemento: ..... Bairro: .....  
CEP: ..... Município: ..... UF: .....  
Telefone fixo: ..... Celular: ..... E-mail: .....

**DADOS BANCÁRIOS**

Banco: ..... Agência: ..... Conta Corrente: .....

**ESCOLARIDADE**

Curso: ..... Titulação: .....  
Instituição de Ensino: .....  
Município: ..... UF: ..... Ano de conclusão: .....

**DECLARAÇÃO**

Declaro, sob as penas da Lei, que os dados informados neste formulário correspondem à expressão da verdade e dou fé.

.....  
LOCAL E DATA

.....  
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)



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

FORMULÁRIO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

NOME:

MATRICULA SIAPE:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

UORG DE LOTAÇÃO:

E-MAIL:

FONE:

DADOS ESSENCIAIS

JORNADA DE TRABALHO:  20 horas  24 horas  25 horas  30 horas  40 horas  DE

REQUERIMENTO

**REQUER** o Auxílio-Alimentação, de acordo com o Decreto nº 3.887, de 16/08/2001, por não receber idêntico benefício em órgão na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação nas esferas Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, estando ciente da veracidade das informações prestadas, constituem falta grave possível de punição nos termos da Lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

.....  
LOCAL E DATA

.....  
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)



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

FORMULÁRIO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA OU PROVENTO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

NOME:	
MATRICULA SIAPE:	CPF:
CARGO/FUNÇÃO:	
UORG DE LOTAÇÃO:	
E-MAIL:	FONE:
JORNADA DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> 20 horas <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> 25 horas <input type="checkbox"/> 30 horas <input type="checkbox"/> 40 horas <input type="checkbox"/> DE	
<p><b>01. Exerce ou detém outro Cargo, Emprego ou Função Pública na Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação nas esferas Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, ainda que à disposição, licenciado, aposentado, na Reserva ou Reforma Remunerada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se a resposta for positiva, favor apresentar declaração do Órgão ou Entidade, comprovando as informações abaixo, bem como indicar:</p> <p><b>1.1 Para ativo indicar:</b></p> <p>Órgão ou Entidade: _____</p> <p>a) Esfera: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> outros _____</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Cargo/Emprego <input type="checkbox"/> Cargo em Comissão ou Função de Confiança: Especificar: _____</p> <p>c) Carga horária semanal de: _____ horas ou <input type="checkbox"/> em regime de Dedicção Exclusiva</p> <p>d) Horário de Trabalho Diário: De ____ às ____ e de ____ às ____.</p>	



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

**1.2 Para aposentado indicar:**

Órgão ou Entidade: \_\_\_\_\_

a) Esfera:

Federal  Estadual  Municipal  outros \_\_\_\_\_

b)  Cargo/Emprego

Especificar: \_\_\_\_\_

**02. Exerce ou detém outra atividade Privada ou Autônoma?**  SIM  NÃO

2.1 Órgão ou Entidade: \_\_\_\_\_

a) Se sim, qual o horário de Trabalho Diário: De \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_, com carga horária semanal de: \_\_\_\_\_ horas.

b) Cargo/Emprego ou Função: \_\_\_\_\_

Ativo  Inativo  Autônomo

**Declaro estar ciente que devo apresentar os documentos referentes ao encerramento de participação em Sociedade Privada no prazo máximo de 04 (quatro) meses, contados a partir da assinatura desta declaração.**

**03. Participa de Sociedade Privada?**  SIM  NÃO

Se sim, anexar o Contrato Social.

**04. Participa ou atua como gerente ou administrador da sociedade privada?**

Se sim, deverá regularizar tal situação a fim de cumprir o disposto no inciso X do art. 117 da Lei 8.112/90

**05. Se aposentado, em disponibilidade, na Reserva ou Reforma Remunerada, indicar:**

a) Órgão ou Entidade: \_\_\_\_\_

b) Esfera:  Federal  Estadual  Municipal  Distrital



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

c) Regime de Previdência:

Regime Próprio de Previdência Social  Regime Geral de Previdência Social

**Declaro** que acumulo lícitamente o cargo ou emprego público, com compatibilidade de horários, conforme o que preceitua o artigo 118 da Lei 8.112/1990, estando ciente que a inveracidade das informações aqui prestadas constitui falta grave, e que responderei civil, penal e administrativamente pelo exercício irregular de minhas atribuições.

**Declaro** que percebo proventos decorrente de aposentadoria.

**Declaro** que não exerço qualquer atividade autônoma ou em empresa privada, além do vínculo com esta Instituição Federal de Ensino Superior, e que não ocupo cargo, emprego ou função em outro Órgão do Poder Público Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, bem como de suas Autarquias, inclusive as de Regime Especial, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, suas Subsidiárias e Controladas, Fundações mantidas pelo Poder Público e demais Entidades sob seu controle Direto ou Indireto, ainda que dos mesmos esteja afastado, e que não percebo proventos decorrentes de aposentadoria inacumulável com o cargo no qual tomo posse.

**Estou ciente da proibição de acumulação de cargos, empregos e funções dos Poderes da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, incluindo-se autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista, bem como da proibição na participação de gerência e/ou administração de sociedade privada, e de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.**

.....  
LOCAL E DATA

.....  
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)



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

**ANEXO I - INSTRUÇÃO NORMATIVA-TCU Nº 67, DE 6 DE JULHO DE 2011**

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E RENDAS (DBR)**

**DADOS PESSOAIS**

NOME:

MATRICULA SIAPE

CPF

CARGO/FUNÇÃO:

CÓD. (CD/FUC/FG):

UORG DE LOTAÇÃO:

E-MAIL:

FONE:

**Nota:** Todo agente público, no âmbito do Poder Executivo Federal, deverá autorizar o acesso, por meio eletrônico, às cópias de suas Declarações de Ajuste Anual do IRPF, com as respectivas retificações, apresentadas à SRF/MF ou apresentar anualmente, em papel, Declaração de Bens e Valores que compõem o seu patrimônio privado, a fim de ser arquivada na Coordenadoria de Registro e Movimentação de Pessoas desta Diretoria. Consideram-se agentes públicos, os servidores públicos ocupantes de cargo de provimento efetivo ou em comissão, de qualquer nível ou natureza, os empregados públicos, os diretores e empregados de empresas estatais, os agentes que exercem mandato em órgão e conselhos de caráter deliberativo e aqueles contratados por tempo determinado, nos termos da Lei n.º 8.745/93 (vide art. 1º da Portaria Interministerial n.º 298 –CGU/MP/2007).



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

<b>TIPO DO BEM (1)</b>	<b>DESCRIÇÃO DO BEM (2)</b>	<b>VALOR DE AQUISIÇÃO (3)</b>	<b>DATA DE AQUISIÇÃO (4)</b>	<b>VALOR VENAL ATUALIZADO (5)</b>	<b>VALOR DO BEM AO FINAL DO EXERCÍCIO (6)</b>	<b>VALOR DO BEM AO FINAL DO EXERCÍCIO ANTERIOR (7)</b>

**Observações:**

- (1) Para cada bem, informar um único tipo: imóvel, móvel, semovente, veículo terrestre, embarcação, aeronave, títulos ou valores mobiliários, aplicação financeira, depósitos em conta bancária.
- (2) Para cada bem, informar as características que o descrevem ou identificam.
- (3) Para cada bem, informar o valor de aquisição constante no instrumento de transferência de propriedade ou do ato que transferiu tal direito, expresso em moeda nacional, se adquirido no Brasil, ou na moeda do país onde o bem foi adquirido.
- (4) Para cada bem, informar a data de aquisição constante no instrumento de transferência de propriedade ou do ato que transferiu tal direito.
- (5) Para cada bem, quando não for possível informar o valor de aquisição, informar o valor de venda atualizado até a data do último mês que integra o período relativo à DBR.
- (6) Para cada bem, informar o valor de aquisição, caso o bem integre o patrimônio ao final do exercício financeiro a que se refere a DBR; caso contrário, informar zero.
- (7) Para cada bem, informar o valor de aquisição, caso o bem integre o patrimônio ao final do exercício financeiro anterior ao que se refere a DBR; caso contrário, informar zero.



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

**II - DÍVIDAS E ÔNUS DO DECLARANTE**

DÍVIDAS/ÔNUS DO EXERCÍCIO (1)	DÍVIDAS/ÔNUS DO EXERCÍCIO ANTERIOR (2)

**Observações:**

- (1) Informar o total das dívidas ou ônus a gravar o patrimônio declarado no final do exercício financeiro a que se refere a DBR.
- (2) Informar o total das dívidas ou ônus a gravar o patrimônio declarado no final do exercício financeiro anterior ao que se refere a DBR.

**III - RENDIMENTOS DO DECLARANTE**

RENDIMENTO TRIBUTÁVEL (1)	
RENDIMENTO NÃO TRIBUTÁVEL (2)	
RENDIMENTO SUJEITO À TRIBUTAÇÃO EXCLUSIVA (3)	
RENDIMENTO DO CÔNJUGE (4)	
IMPOSTO PAGO (5)	
IMPOSTO PAGO SOBRE GANHO DE CAPITAL (6)	
RESULTADO NEGATIVO DA ATIVIDADE RURAL (7)	
OUTROS PAGAMENTOS (8)	

**Observações:**

- (1) Informar o total de rendimento tributável obtido no exercício financeiro a que se refere a DBR que compõe a base de cálculo para fins de apuração do imposto pago a título de IRPF.
- (2) Informar o total de rendimento não tributável obtido no exercício financeiro a que se refere a DBR.
- (3) Informar o total de rendimento sujeito à tributação exclusiva obtido no exercício financeiro a que se refere a DBR.
- (4) Informar o total geral de rendimentos obtido pelo cônjuge no exercício financeiro a que se refere a DBR, quando for o caso.
- (5) Informar o total de imposto pago a título de IRPF no exercício financeiro a que se refere a DBR.
- (6) Informar o total de imposto pago sobre o ganho de capital aferido no exercício financeiro a que se refere a DBR.
- (7) Informar o prejuízo apurado com atividade rural, quando for o caso.
- (8) Informar outros pagamentos efetuados no exercício financeiro a que se refere a DBR.



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

**IV - INFORMAÇÕES PRESTADAS À RFB**

Declaro que as informações constantes do presente formulário são as mesmas constantes da Declaração Anual de Ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil, relativa ao exercício financeiro de \_\_\_\_\_(1).

Número do recibo de entrega da Declaração Anual de Ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil: \_\_\_\_\_(2).

**Observações:**

(1) Informar o exercício financeiro a que se refere a Declaração Anual de ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil e que serviu de base para a elaboração da DBR.

(2) Informar o número do recibo de entrega da Declaração Anual de ajuste de Renda Pessoa Física apresentada à Receita Federal do Brasil.

_____ LOCAL E DATA	_____ ASSINATURA Autoridade / Servidor
-----------------------	--

**Recibo de entrega** do formulário de Declaração de Bens e Rendias (DBR).

NOME DO SERVIDOR(A): .....

_____ LOCAL E DATA	_____ ASSINATURA/CARIMBO RECEBEDOR
-----------------------	---------------------------------------



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

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

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

NOME:	
RG:	CPF:
CARGO/FUNÇÃO:	
E-MAIL:	FONE:

**DECLARAÇÃO**

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>.

<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.

.....  
LOCAL E DATA

.....  
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)