



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 6 (seis) meses, nos casos em que não há previsão editalícia sobre o prazo de validade dos exames.
- 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);
- Inscrição PIS/PASEP (Pode ser obtido nas agências da Caixa Econômica Federal ou nos novos modelos de Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS) - Caso não tenha, será criado o PASEP pela Ufac;
- Comprovante de Endereço atualizado em nome do candidato (Também será aceito o documento que estiver em nome dos pais ou cônjuge ou companheiro ou ainda Declaração de Endereço firmada em Cartório);
- Comprovante de Dados Bancário - Saldo ou Extrato ou Termo de abertura de conta, aonde esteja visível as informações de Banco, Agência e Número de Conta (Podendo ser do **Banco do Brasil, Bancoob, do Bradesco, da Caixa Econômica Federal, do Itaú Unibanco, do Santander e do Sicred**);
- 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 de demais pré-requisitos exigidos no edital de abertura de inscrição;
- Formulário de Cadastro do Servidor;
- Formulário de Acumulação de Cargo, Emprego, Função ou Provento (No caso de acúmulo de cargo, emprego ou função pública, o candidato deve anexar declaração do Órgão ou Entidade, contendo a Carga Horária e a Distribuição da mesma na semana);
- Formulário de Declaração de Bens e Rendimentos (DBR);
- Formulário de Opção de Auxílio Alimentação e
- Formulário de Declaração de Não Recebimento de Seguro-Desemprego;

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 3901-2807 – E-mail: ddd@ufac.br.



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

FORMULÁRIO DE CADASTRO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

CPF		MATRICULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			

DADOS PESSOAIS

SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO		TIPO SANGUÍNEO					
NOME DO PAI									
NOME DA MÃE									
NATURALIDADE		UF		NACIONALIDADE					
ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE							
COR / ETNIA		PNE	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	DEPENDENTE(S) - IR					
		CID:							
IDENTIDADE		ÓRG. EXPED.		UF		DATA DE EXPEDIÇÃO			
TÍT. ELEITORAL		UF		ZONA		SEÇÃO		DATA DE EXPEDIÇÃO	
CERT. MILITAR		ÓRG. EXPED.		SÉRIE		DATA DE EXPEDIÇÃO			
CART. DE TRABALHO		SÉRIE		UF		DATA DE EXPEDIÇÃO			
HABILITAÇÃO		Nº REGISTRO		UF		DATA DE EXPEDIÇÃO			
CATEGORIA		DATA DA 1ª HABILITAÇÃO		DATA DE VALIDADE					
PASSAPORTE		ÓRG. EXPED.		DATA DE EXPEDIÇÃO					
PIS/PASEP		DATA DO 1º EMPREGO							

ENDEREÇO

ENDEREÇO		Nº			
COMPLEMENTO					
BAIRRO		MUNICÍPIO		UF	
PAÍS		CEP		CAIXA POSTAL	
TELEFONE FIXO		CELULAR			
E-MAIL					



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

DADOS BANCÁRIOS

BANCO		AGÊNCIA		NÚMERO DA CONTA	
TIPO	CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA <input type="checkbox"/> SALÁRIO <input type="checkbox"/>				

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
DIRETORIA GESTÃO DE PESSOAS

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

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

CPF		MATRÍCULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			
LOTAÇÃO			
E-MAIL		FONE	

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

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?

SIM NÃO

Se a resposta for positiva, favor apresentar declaração do Órgão ou Entidade, comprovando as informações abaixo, bem como indicar:

1.1 Para ativo indicar:

Órgão ou Entidade: _____

a) Esfera Federal ou Estadual ou Municipal ou Distrital

b) Cargo/Emprego Cargo em Comissão ou Função de Confiança :

Especificar: _____

c) Carga horária semanal de: _____ horas ou em regime de Dedicção Exclusiva

d) Horário de Trabalho Diário: De ____ às ____ e de ____ às ____.

1.2 Para aposentado indicar:

Órgão ou Entidade: _____

a) Esfera Federal ou Estadual ou Municipal ou Distrital

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



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

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: _____

Esfera Federal ou Estadual ou Municipal ou Distrital

b) 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 GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE BENS E RENDIMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

CPF		MATRÍCULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			
LOTAÇÃO			
E-MAIL		FONE	

DECLARO PARA FINS DE POSSE EM CARGO PÚBLICO:

- QUE NÃO POSSUI BENS E VALORES A SEREM DECLARADOS OU
- QUE POSSUI OS SEGUINTE BENS E VALORES ABAIXO ESPECIFICADOS:

DISCRIMINAÇÃO	VALOR EM R\$

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
DIRETORIA GESTÃO DE PESSOAS

FORMULÁRIO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

CPF		MATRÍCULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			
LOTAÇÃO			
E-MAIL		FONE	

CARGA HORÁRIA

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
DIRETORIA GESTÃO DE PESSOAS

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE SEGURO-DESEMPREGO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

CPF		MATRÍCULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			
LOTAÇÃO			
E-MAIL		FONE	

DECLARAÇÃO

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.

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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)