



INSTRUÇÕES AO CANDIDATO (LEIA NA ÍNTEGRA, POR FAVOR)

DOCUMENTOS E FORMULÁRIOS OBRIGATÓRIOS

- ❑ **Avaliação Clínica** (abrangendo a anamnese), emitido pelo Setor Médico da UFAC e em inspeção médica oficial, **sendo que para obtê-lo, o candidato deverá verificar o agendamento junto à Coordenadoria de Seleção e Admissão, por meio do contato de WhatsApp (68) 9 9212-7528; e estar de posse dos exames descritos abaixo (feitos às suas expensas).**
 1. Hemograma Completo com plaquetas;
 2. Tipagem sanguínea ABO e fator RH;
 3. Glicemia de jejum;
 4. Ureia e Creatinina;
 5. Lipidograma (colesterol total e triglicérides);
 6. AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética - TGO);
 7. ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica - TGP);
 8. EAS;
 9. Radiografia do Tórax nas incidências pósterio-anterior e perfil (com laudo);
 10. Atestado de Sanidade Mental (**Emitido exclusivamente por Médico Psiquiatra**);
 11. Laudo Oftalmológico (Emitido por Médico Oftalmologista);
 12. PSA (Somente para candidatos do sexo masculino acima dos 40 anos);
 13. Eletrocardiograma (com laudo); e
 14. Laudo Otorrinolaringológico com audiometria e videolaringoscopia - somente para candidatos do cargo de professor (emitido exclusivamente por médico otorrinolaringologista e dispensado para o caso de professor substituto em Cruzeiro do Sul-AC).

Obs.: Os exames mencionados nos itens de 1 a 8 terão validade se realizados até 60 dias antes da data de sua apresentação à inspeção médica oficial. Já os dos itens de 9 a 14 têm validade de até 120 dias.
- ❑ **Formulário de Perfil de Saúde**, que deve ser entregue preenchido ao Setor Médico da UFAC durante a Avaliação Clínica;
- ❑ Uma Fotografia frontal e recente do rosto enviada para csa.ddd@ufac.br;
- ❑ Uma cópia e o original do Registro Geral/Carteira de Identidade;
- ❑ Uma cópia e o original do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- ❑ Uma cópia e o original da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- ❑ Uma cópia e o original do Título de Eleitor e a Certidão de Quitação Eleitoral (Ambos emitidos no site do TRE);
- ❑ Uma cópia e o original do Certificado de Reservista (Para candidatos do sexo masculino, exceto se for estrangeiro com visto permanente);
- ❑ Uma cópia da Inscrição PIS/PASEP/NIT - Obtida por meio do aplicativo Meu INSS (Após login, vai nas três linhas no canto superior esquerdo, depois em Cadastros e Contribuições, em Meu Cadastro e, por fim, em Baixar Documento);
- ❑ Uma cópia e o original do 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);
- ❑ Uma cópia e o original do Comprovante de **CONTA SALÁRIO** e da **CONTA CORRENTE** - Saldo ou Extrato ou Termo de abertura de conta, no qual esteja visível as informações de **Banco, Agência e Número de Conta** (Podendo ser do **Banco do Brasil, do Bradesco, da Caixa Econômica Federal, do Itaú Unibanco e do Santander**). Caso não possua, **avise imediatamente**, pois será emitido um Ofício para que o candidato providencie a abertura em um dos bancos citados;
- ❑ Uma cópia e o original do Passaporte com visto de permanência (se for estrangeiro), onde conste os dados pessoais e o visto);
- ❑ Uma cópia e o original do Diploma de Escolaridade, registrado no órgão competente, exigido em Edital para o cargo pretendido;
- ❑ Uma cópia e o original do Registro no conselho ou Órgão Fiscalizador do exercício profissional (se exigido no edital);
- ❑ Uma cópia e o original de Comprovação de demais pré-requisitos exigidos no edital de abertura de inscrição;
- ❑ Cadastro de Usuário Externo no SEI (É obrigatório fazer esse cadastro, caso não possua);
- ❑ 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, a Distribuição dela na semana e a informação, pelo chefe imediato, que a acumulação não acarretará o comprometimento das atividades já exercidas);
- ❑ Formulário de Declaração de Bens e Rendimentos (DBR);
- ❑ Formulário de Autorização de Acesso à DIRPF;
- ❑ Formulário de Opção de Auxílio Alimentação (aqueles que acumulam cargo e que já recebem esse benefício, deverão optar pelo que lhe é mais vantajoso, não podendo receber de dois órgãos);
- ❑ Formulário de Declaração de Não Recebimento de Seguro-Desemprego; e
- ❑ Formulário do Incentivo à Qualificação (Para servidores da Carreira de Técnico-Administrativo em Educação).

De posse desses documentos (Cópias e Originais) e formulários (Originais) impressos, o(a) candidato(a), **quando convocado(a)**, deve dirigir-se a Coordenadoria de Seleção e Admissão, localizada no Prédio da Reitoria, antepenúltima sala do corredor da Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas. Dúvidas? Favor nos contatar pelo número (68) 9 9212-7528 (WhatsApp) ou ainda pelo e-mail csa.ddd@ufac.br.



FORMULÁRIO DE PERFIL DE SAÚDE

Somente para apresentação na Inspeção Médica Oficial – investidura em cargo público

Uso exclusivo da unidade que realiza a Inspeção Médica Oficial. Não enviar ao setor de gestão de pessoas e não anexar ao processo de posse.

1. Identificação do(a) candidato(a)

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Cargo a que concorre: Órgão/entidade de provimento: _____

Telefone para contato: () _____

2. Ciência sobre as atribuições do cargo

Declaro que tomei ciência das atribuições essenciais do cargo disponibilizadas pelo órgão/entidade, ou prevista no edital do certame, e que responderei às questões abaixo com base em meu estado de saúde atual.

3. Saúde atual – autodeclaração

3.1. Está em tratamento médico em curso? ☐ Não ☐ Sim. Qual/desde quando: _____

3.2. Usa medicação de uso contínuo? ☐ Não ☐ Sim. Qual/dose: _____

3.3. Já passou por cirurgia? ☐ Não ☐ Sim. Qual/data: _____

3.4. Teve internação nos últimos 12 meses? ☐ Não ☐ Sim. Qual motivo/data: _____

3.5. Possui condição de saúde que requeira acompanhamento (ex.: cardiopatias, diabetes, epilepsia, transtornos mentais, doenças respiratórias, reumatológicas, oncológicas)? ☐ Não ☐ Sim. Qual: _____

3.6. Apresenta limitação funcional que possa interferir nas atribuições do cargo (ex.: esforço físico prolongado, permanência prolongada em pé, locomoção, manuseio fino, trabalho noturno/por turnos, direção de veículo, uso de EPI específicos)? ☐ Não ☐ Sim. Descreva: _____

3.7. Deficiência (quando houver): ☐ Não ☐ Sim. Tipo/descrição: _____

3.8. Neurodivergência (quando houver): ☐ Não ☐ Sim. Tipo/descrição: _____

3.9. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – desenvolveu atividades com exposição a riscos ocupacionais?
☐ Não ☐ Agentes químicos/poeiras ☐ Agentes biológicos ☐ Agentes físicos (ruído, calor, frio, umidade, condição hiperbárica, vibração, radiação não ionizante) ☐ Radiação ionizante / Raios-X ☐ Ergonômicos. Descrever: _____



3.10. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – acidentes/doenças relacionadas ao trabalho:

☐ Não ☐ Sim. Descrever:

3.11. Alergias relevantes (medicamentos, látex, alimentos, outros): ☐ Não ☐ Sim. Quais:

3.12. Gestação (quando aplicável): ☐ Não ☐ Sim. Semana: _____

3.13. Campo livre (opcional): outras informações de saúde que julgar relevantes ao exercício do cargo:

4. Vacinação (quando exigida em edital/atribuições)

☐ Apresentarei comprovante(s) de vacinação, quando solicitado(s), conforme edital/atribuições do cargo.

5. Entrega e uso do formulário

- a) este formulário será apresentado diretamente ao médico avaliador no momento da Inspeção Médica Oficial;
- b) não será arquivado com o atestado declaratório de aptidão nos assentamentos funcionais;
- c) seu uso é exclusivo para subsidiar a avaliação clínica durante a Inspeção Médica Oficial, em conformidade com a Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações) e com a LGPD.

6. Declaração do(a) candidato(a)

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas são verdadeiras e refletem meu estado de saúde atual, comprometendo-me a informar o órgão/entidade caso ocorra alteração relevante que possa comprometer o exercício das atribuições do cargo, inclusive após a emissão do atestado declaratório de aptidão.

Local e data: _____

Assinatura do(a) candidato(a): _____

7. Uso exclusivo do médico avaliador (preenchimento pela unidade que realiza a Inspeção Médica Oficial)

Recebido e conferido em: ____/____/____.

Análise clínica: ☐ informações suficientes ☐ solicitar esclarecimentos/exames complementares

Observações do ato médico (opcional):

Nome e CRM (ou equivalente) do médico avaliador: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Guarda do documento:

- Se realizada a avaliação em Unidade SIASS, este formulário integra o prontuário de saúde ocupacional da unidade que realizou a Inspeção Médica Oficial, observadas as políticas de segurança da informação e a tabela de temporalidade aplicável. É vedado o arquivamento nos assentamentos funcionais.

- Se realizada em unidade ou serviço diverso, nos termos da Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações), devolver ao candidato.



INSTRUÇÕES PARA CADASTRO DE USUÁRIO EXTERNO NO SEI

O Acesso de Usuário Externo do sistema SEI! UFAC é destinado a pessoas físicas, incluindo alunos, que participem de Processos Administrativos no órgão ou que representem pessoas físicas ou jurídicas nessa situação, para fins de peticionamento eletrônico, visualização de processos com restrição de acesso aos interessados e assinatura eletrônica de contratos, convênios, termos, acordos, requerimentos e outros instrumentos congêneres.

A realização do cadastro como Usuário Externo no SEI! UFAC importará na aceitação das condições que disciplinam o processo eletrônico, com fundamento na legislação pertinente e especialmente no [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), admitindo como válida a assinatura eletrônica na modalidade cadastrada (login e senha), tendo como consequência a responsabilidade pelo uso indevido das ações efetuadas, as quais serão passíveis de apuração de responsabilidade civil, penal e administrativa.

[Para efetuar seu cadastro clique aqui](#) e preencha seus dados. Em seguida o sistema enviará uma mensagem automática para o e-mail cadastrado com os procedimentos necessários para ativação do Acesso.

Para aprovação do seu cadastro, é necessário encaminhar para o e-mail **sei@ufac.br** os seguintes documentos:

- a) [Termo de Concordância e Veracidade](#) original assinado conforme documento de identificação apresentado;
- b) **cópias de RG e CPF**, ou de outro documento de identificação oficial com foto no qual conste CPF (dispensada a autenticação nos termos do art. 9º do [Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017](#)).

Após o recebimento da documentação e análise dos mesmos, caso não haja nenhum impeditivo, o usuário deverá receber um e-mail de confirmação de cadastro e o endereço de acesso ao sistema no mesmo e-mail informado no ato do cadastro (Fique atento a sua caixa de Lixo eletrônico/Spam).

Com o login e senha devidamente habilitados, [o usuário externo já pode utilizar o SEI!](#). Ao se autenticar, o usuário terá acesso ao Controle de Acessos Externos com a relação de processos e os respectivos documentos a serem assinados.

Importante! O usuário externo só terá acesso ao processo ou documento quando a administração pública solicitar uma assinatura eletrônica.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

TERMO DE DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E VERACIDADE
CADASTRO DE USUÁRIO EXTERNO NO SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÕES – SEI

Nome Completo e sem Abreviaturas:			
Nº do Documento de Identidade:		Nº do CPF:	
E-mail de uso pessoal:		Telefone(s) com DDD:	
Endereço Residencial:			Bairro:
Cidade/UF			CEP

DECLARO que são de minha exclusiva responsabilidade:

- I - o sigilo da senha de acesso ao Sistema Eletrônico de Informações - SEI, não sendo cabível, em hipótese alguma, a alegação de uso indevido;
- II - a conformidade entre os dados informados no formulário eletrônico para Cadastro de Usuário Externo e os constantes do documento protocolizado, incluindo o preenchimento dos campos obrigatórios e a anexação dos documentos essenciais e complementares;
- III - a confecção da petição e dos documentos digitais em conformidade com os requisitos estabelecidos pelo sistema referentes ao formato e tamanho dos arquivos transmitidos eletronicamente;
- IV - a conservação dos documentos originais em papel referentes aos digitalizados enviados por meio de peticionamento eletrônico até que decaia o direito da Administração Pública de rever os atos praticados no processo, para que, caso solicitado, sejam apresentados ao Ministério da Justiça e Segurança Pública para qualquer tipo de conferência;
- V - a verificação, por meio do recibo eletrônico de protocolo, do recebimento dos documentos transmitidos eletronicamente;
- VI - a realização por meio eletrônico de todos os atos e comunicações processuais entre a Universidade Federal do Acre, o usuário ou a entidade porventura representada não sendo admitidas intimação ou protocolização por meio diverso, exceto nas situações em que for tecnicamente inviável ou em caso de indisponibilidade do meio eletrônico cujo prolongamento cause dano relevante à celeridade do processo ou outra exceção prevista em instrumento normativo próprio;
- VII - a observância de que os atos processuais em meio eletrônico se consideram realizados no dia e na hora do recebimento pelo SEI, considerando-se tempestivos os atos praticados até as 23 (vinte e três) horas, 59 (cinquenta e nove) minutos e 59 (cinquenta e nove) segundos do último dia do prazo, considerando sempre o horário oficial de Brasília/DF, independente do fuso horário em que se encontre o usuário externo;
- VIII - a consulta periódica ao SEI ou ao sistema por meio do qual efe vou o peticionamento eletrônico, afim de verificar o recebimento de intimações, considerando as realizadas na data em que efetuar sua consulta no sistema ou, não efetuada a consulta, quinze dias corridos após a data de sua expedição;
- IX - as condições de sua rede de comunicação, o acesso a seu provedor de Internet e a configuração do computador utilizado nas transmissões eletrônicas; e
- X - a observância dos períodos de manutenção programada, que serão realizadas, preferencialmente, no período da 0 (zero) hora dos sábados às 22 (vinte e duas) horas dos domingos ou da 0 (zero) hora às 7 (sete) horas nos demais dias da semana, ou qualquer outro tipo de indisponibilidade do sistema.

* A realização do cadastro como usuário externo no SEI da Universidade Federal do Acre e a entrega deste documento implicará na aceitação de todos os termos e condições que regem o processo eletrônico, conforme previsto no Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015, e demais normas aplicáveis, admitindo como válida a assinatura eletrônica na modalidade cadastrada (login e senha), tendo como consequência a responsabilidade pelo uso indevido das ações efetuadas, as quais serão passíveis de apuração de responsabilidade civil, penal e administrativa.

* Para que este cadastro seja analisado e, se for o caso, aprovado, o usuário deverá apresentar pessoalmente em uma unidade de protocolo da Universidade Federal do Acre (Em Rio Branco ou Cruzeiro do Sul os seguintes documentos:

- O original do presente Termo assinado; e
- Original e cópias do Documento de Identificação Civil com Foto e Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou qualquer outro documento de identidade que conste CPF.

Atenção: Alternativamente, os documentos poderão:

- a) ser entregues por terceiro, mediante a apresentação de procuração conferindo poderes específicos para o ato;
- b) enviados por correspondência postal endereçada à Coordenadoria de Protocolo Geral; Endereço: Campus Universitário - BR-364 Km-04, Bairro Distrito Industrial, Rio Branco-AC, CEP 69.920-900;
- c) enviados para o e-mail sei@ufac.br, exigindo-se, no caso do Termo de Concordância e Veracidade que esteja assinado com Certificado Digital ICP- Brasil válido.

_____, _____ de _____ de _____
Cidade / UF Dia Mês Ano

Assinatura do Usuário
(conforme assinatura do documento de identidade apresentado)



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		MATRÍCULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			

DADOS PESSOAIS

SEXO	M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO		TIPO SANGÜÍNEO	
NOME DO PAI					
NOME DA MÃE					
NATURALIDADE		UF		NACIONALIDADE	
ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE			
COR / ETNIA		PCD	NÃO ☐ SIM ☐	DEPENDENTE(S) – IR	
CID: _____					

DOCUMENTOS

IDENTIDADE		ÓRG. EXPED.		UF		DATA DE EXPEDIÇÃO	
TÍT. ELEITORAL		UF		ZONA		SEÇÃO	
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

CONTA SALÁRIO

BANCO		AGÊNCIA		NÚMERO DA CONTA	
--------------	--	----------------	--	------------------------	--

CONTA CORRENTE / POUPANÇA

BANCO		AGÊNCIA		NÚMERO DA CONTA	
--------------	--	----------------	--	------------------------	--

TIPO

CORRENTE ☐ POUPANÇA ☐

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 Dedicação 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 AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

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

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida nos arts. 1º e 2º da Lei 8.730, de 10 de novembro de 1993; e na Instrução Normativa - TCU nº 87, de 12 de agosto de 2020; o Tribunal de Contas da União a ter acesso às minhas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física e das eventuais retificações apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Observações:

A presente autorização permitirá acesso às informações referentes até ao último ano de exercício em que a autoridade, servidor ou empregado deixar de ocupar o cargo, emprego ou função pública e que constarão na Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física a ser apresentada à RFB no ano seguinte.

O não cumprimento da obrigação pelo agente público poderá ensejar infração político-administrativa, crime funcional ou falta grave disciplinar, passível de perda do mandato, demissão do cargo, exoneração do emprego ou destituição da função, além da inabilitação, até cinco anos, para o exercício de novo mandato e de qualquer cargo, emprego ou função pública, observada a legislação específica, nos termos da alínea "b" do parágrafo único do art. 3º da Lei 8.730/1993.

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 DO 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 ☐

DECLARAÇÃO

() **DECLARO** que não possuo outro vínculo público, no Poder Executivo Federal ou em qualquer outro ente ou poder (Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação); ou

() **DECLARO** que possuo outro vínculo no seguinte Poder / Ente / Órgão:
_____; ou

() **DECLARO** que possuo outro vínculo no seguinte Poder / Ente / Órgão:
_____. E **SOLICITO** não receber o Auxílio-Alimentação na Universidade Federal do Acre.

DECLARO estar ciente da proibição de recebimento do Auxílio-Alimentação na hipótese de já receber o mesmo benefício ou outro de mesma natureza em outra instituição do no Poder Executivo Federal ou em qualquer outro ente ou poder (Administração Direta, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação).

DECLARO estar ciente que devo atualizar as informações aqui prestadas sempre que a situação se modificar.

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)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO
COORDENADORIA DE AVALIAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CARREIRA

FORMULÁRIO DO INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO (IQ)

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)			
CPF		MATRÍCULA SIAPE	
NOME			
CARGO / FUNÇÃO			
LOTAÇÃO			
E-MAIL		FONE	

INFORMAÇÕES, ORIENTAÇÕES E SOLICITAÇÃO

Requisitos para solicitar o IQ: Anexar cópia (frente e verso) do **certificado ou diploma** de educação formal em nível superior ao exigido para ingresso no cargo de que é titular (§ 2º do Art. 1º do Decreto nº 5.824/2006).

Educação Formal: Educação oferecida pelos sistemas formais de ensino, por meio de instituições públicas ou privadas, nos diferentes níveis da educação brasileira, entendidos como educação básica e educação superior (inciso II do Art. 3º do Decreto nº 5.825/2006).

Documentação provisória: Na hipótese de não possuir o certificado ou o diploma de conclusão, será aceito, provisoriamente declaração (ou equivalente) expedida pela instituição de ensino, mencionando que já concluiu, que não possui pendências ao curso/programa e que o diploma/certificado está em fase de emissão. Nesse caso, se compromete a apresentar, no prazo de 12 (doze) meses, o respectivo o diploma/certificado devidamente emitido.

Ciente das informações acima, vem requerer o IQ, sobre o padrão de vencimento, em conformidade com o Art. 12-A da Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Para tanto, anexo a este requerimento o certificado / diploma de conclusão do curso de:

da(s) área(s) de conhecimento: _____,

fornecido pela Instituição: _____

e concluído em: ____/____/____.

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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)