



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);
- Comprovante de Banco, Agência e Conta Corrente (Podendo ser do **Banco do Brasil, do Bradesco, da Caixa Econômica Federal, do HSBC, do Itaú Unibanco, do Santander, do Bannrisul, do Bancoob e do Sicredi**);
- 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.



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

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	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			
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.

Em ____ / ____ / ____.

Assinatura do(a) Servidor(a)



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

TERMO DE OPÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Solicito minha inscrição como benefício do Auxílio Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro órgão público.			
NOME:		MATRÍCULA	
CARGO/FUNÇÃO	CLASSE	NÍVEL	PADRÃO
LOTAÇÃO			
HORÁRIO DE TRABALHO			
Das às e das às			
Estou ciente da veracidade das informações prestadas, constituem falta grave possível de punição nos termos da Lei específica, inclusive com suspensão do benefício.			
Rio Branco – Ac, _____ de _____ de _____.			
_____ 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>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?</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>1.1 Para ativo indicar:</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 DESEMPENHO E DESENVOLVIMENTO

DECLARAÇÃO DE BENS

NOME			
CARGO/FUNÇÃO	CLASSE	NÍVEL	PADRÃO
LOTAÇÃO			

DECLARA 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\$

Rio Branco – AC, _____ de _____ de _____.

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 RECEBIMENTO DE SEGURO-DESEMPREGO

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

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 – AC, _____ 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.