



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

CONVOCAÇÃO

A Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas - PRODGEP, em atenção ao que dispõe o Concurso Público de Provas e Títulos para o cargo de Professor do Magistério Superior, nos termos do **Edital PROGRAD Nº 013/2014**, e considerando a portaria de nomeação nº 1526 de 09 de julho de 2014, publicada no D.O.U. Nº 131, de 11 de julho de 2014, convoca os candidatos abaixo relacionados para a entrega de documentação pertinente (conforme anexo I), para fins de admissão:

EDITAL PROGRAD Nº 013/2014
CAMPUS RIO BRANCO

| NOME | ÁREA | CLASSIFICAÇÃO |
|-----------------------------------|---|----------------------|
| OMAR ALEXANDER CHURA VILCANQUI | ÁREA 01 – ENGENHARIA ELÉTRICA: ÊNFASE EM ELETROTÉCNICA | 1º |
| ROGER FREDY LARICO CHAVEZ | ÁREA 002 - ENGENHARIA ELÉTRICA: ÊNFASE EM TELECOMUNICAÇÕES | 1º |
| LEONARDO VIEIRA FEICHAS | ÁREA 003 – PRÁTICAS INTERPRETATIVAS | 1º |
| OCÉLIO LIMA DE OLIVEIRA | ÁREA 005 – LINGUÍSTICA E LÍNGUA PORTUGUESA | 1º |

A posse do nomeados ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação deste ato no Diário Oficial da União, de acordo com o Parágrafo 1º do Art. 13, da Lei nº. 8112/90.

Rio Branco – Acre, 14 de julho de 2014.

Filomena Maria Oliveira da Cruz
Pró-Reitora de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
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
(INSTRUÇÕES AO CANDIDATO)

• Laudo Médico, a ser fornecido pela Junta Médica da UFAC/Setor Médico, (Fone: 3229-4835), no horário de 09h às 12h e das 14h30 às 17hs, 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 – PA e perfil (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 40 (quarenta) 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 (em anexo)
- Declaração de acumulação ou não acumulação de cargos (em anexo)
- Termo de Opção Auxílio Alimentação (em anexo)
- Ficha de Cadastro do Servidor (em anexo)

Observação: de posse dos citados documentos (**Fotocópias e Originais**), o interessado, quando convocado, deve dirigir-se a Diretoria de Desempenho e Desenvolvimento/PRODGE, no horário de 8h às 12h e de 14h às 17h – Telefone 3901-2673– 3229- 2801.

 **Prédio da Reitoria -S/N-Campus Universitário, BR-364 – Distrito Industrial**
Rio Branco-AC - CEP- 69915-900  **(068) 3901-2557, 3901-2673 e 3901-2807**



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

DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, _____,

inscrito(a) no CPF/MF, n° _____ e RG n° _____,

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 _____ 20__.

Assinatura do Declarante



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

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF/MF, n° _____ e RG n° _____,
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

TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

| | | | |
|--|-------|-----------|--------|
| Solicito minha inscrição como benefício do Auxílio Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro órgão público. | | | |
| NOME: | | MATRICULA | |
| CARGO/FUNÇÃO | NIVEL | CLASSE | 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 20 _____ | | | |
| _____ 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 | 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

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 Declarante