



**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 Processo Seletivo Simplificado para contratação de professor substituto, nos termos do **Edital PROGRAD Nº 021/2014**, publicado no D.O.U. Nº 102, de 30 de maio de 2014, páginas 44, seção 3 e Resultado Final publicado no D.O.U. Nº 124, de 02 de julho de 2014, pág. 97, seção 3, convoca os candidatos abaixo relacionados para a entrega de documentação pertinente (conforme anexo I), para fins de contratação:

**EDITAL PROGRAD Nº 021/2014**  
**CAMPUS RIO BRANCO**

Candidato	Área	Classificação
Ângela Maria Guimarães de Souza Garcia	Ensino e Aprendizagem com ênfase em Didática, Prática de Ensino e Estágio Supervisionado	1º
Maria de Nazaré Costa de Macedo	Administração, Política e Legislação Florestal	1º
Fernanda Albuquerque Figueiredo Silva	Educação Especial	1º
Christian Moraes de Oliveira Rêgo	Interpretação	1º
Dina Yaiara Vera Cavero Sanchez	Língua Espanhola	1º

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas, através do telefone (68) 3229-6569.

Rio Branco – Acre, 10 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