



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO E DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA POSSE

1º PASSO: Quando convocado, o interessado deverá providenciar os seguintes exames laboratoriais e de imagem na rede pública ou privada de sua preferência e com recursos próprios, observando a data de realização dos exames para avaliação médica:

RELAÇÃO DE EXAMES (TODOS OS CARGOS)	VALIDADE DO EXAME
1) Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas)	90 dias
2) Dosagem de Ureia (sangue)	90 dias
3) Dosagem de Creatinina (sangue)	90 dias
4) Dosagem de Glicose (sangue)	90 dias
5) VDRL	90 dias
6) Dosagem de Colesterol total e frações (sangue)	90 dias
7) Radiografia simples do tórax, e, PÁ e perfil, com laudo	180 dias
8) Eletrocardiograma (ECG), com laudo	60 dias
9) Atestado médico de sanidade mental (emitido por psiquiatra)	60 dias

NA ÁREA DA SAÚDE É NECESSÁRIO ACRESCENTAR OS EXAMES ABAIXO:

RELAÇÃO DE EXAMES	VALIDADE DO EXAME
10) Hepatite B – HbsAg (AU, antígeno Austrália)	90 dias
11) Hepatite B – Anti-Hbs (anti-antígeno de superfície)	90 dias
12) Hepatite B – Anti-Hbc - IgG (anti-core IgG ou Acoreg)	90 dias
13) Hepatite C – Anti-HCV	60 dias
+ Carteira de Vacinação atualizada	

NA ÁREA DE RADIOLOGIA É NECESSÁRIO ACRESCENTAR OS EXAMES ABAIXO:

RELAÇÃO DE EXAMES	VALIDADE DO EXAME
14) Hormônio Tiroestimulante (TSH)	90 dias
15) T4 livre (Tiroxina livre)	90 dias
16) Hormônio gonodotrófico coriônico (Beta-HCG) – APENAS PARA MULHERES	10 dias
17) Espermograma (caracteres físicos, pH, fluidificação, motilidade, vitalidade, contagem e morfologia) – APENAS PARA HOMENS	45 dias
+ Carteira de Vacinação atualizada	

**NA ÁREA DE NUTRIÇÃO, SE HOVER MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS,
ACRESCENTAR:**

RELAÇÃO DE EXAMES	VALIDADE DO EXAME
18) Parasitológico de fezes	90 dias

OBSERVAÇÃO: O exame admissional é uma avaliação de saúde na qual podem ocorrer situações que exijam maior esclarecimento através de exames que podem ser solicitados pela Perícia. Pelo exposto, é importante que o candidato atenda ao agendamento de seu exame admissional, evitando que haja qualquer impedimento na data da posse.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

2° PASSO: Depois de concluído todos os exames citados acima, é preciso agendar a Perícia Médica **preferencialmente** através do e-mail siass@ufpa.br ou pelos telefones (91) 3201-7541/3201-8307. A Junta Médica da UFPA- SIASS, está localizada no Espaço Cultural “Vadião” do Campus Básico do Guamá, situada na Avenida Augusto Corrêa, nº 01 – Bairro: Guamá. CEP: 66075- 110, Belém-Pará. Após análise, o médico emitirá um laudo que deve ser entregue com os demais documentos no ato da posse. **A não apresentação de qualquer dos exames solicitados implicará na NÃO EMISSÃO do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).**

3° PASSO: Providenciar cópias autenticadas ou originais e cópias para simples conferência dos seguintes documentos:

1. Documento de Desligamento do último emprego (Rescisão Contratual, Exoneração, entre outros) ou, nos casos que podem acumular cargo, a declaração da instituição informando a carga horária;
2. Comprovante de Residência - Conta de Luz, Água ou Telefone;
3. Título de Eleitor e quitação eleitoral, expedida através do site <http://www.tse.jus.br>;
4. Carteira de Identidade/Registro Geral;
5. Cartão de Identificação do Contribuinte (CPF);
6. Certificado de Reservista para o sexo masculino, exceto se for estrangeiro com visto permanente;
7. Certidão de Nascimento ou RG e CPF dos dependentes para fins de Auxílio Pré-Escolar (até 6 anos) e RG e CPF para outros fins;
8. Número de Inscrição no PIS/PASEP;
9. Comprovante de **CONTA SALÁRIO** (cópia do extrato ou cartão comprovando os dados da conta). Informamos que a UFPA aceita somente contas salário pessoais dos seguintes Bancos: Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Santander, Bradesco e Itaú;
10. Certidão Negativa de Antecedentes Criminais, expedida através do site <http://www.tjpa.jus.br>;
11. Passaporte com visto de permanência, caso seja estrangeiro;
12. Comprovação dos pré-requisitos exigidos no edital de abertura de inscrição - o diploma de graduação; o(s) título(s) de pós-graduação e histórico acadêmico;
13. Uma foto 3x4;
14. **Para os cargos de técnico-administrativos: Certificado de escolaridade, registro no conselho de classe e os pré-requisitos do cargo**, conforme exigência do edital do concurso (original e cópia);
15. Preencher os formulários que estão em anexo.

4° PASSO: Agendar pelos telefones **(91) 3201-8037/8324** a data e o horário para posse e entrega do laudo médico da UFPA e os documentos citados acima à Coordenadoria de Seleção e Admissão/DIPLAD/PROGEP, localizada no 1º andar do prédio da Reitoria.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO I

FOTO 3X4

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

DADOS PESSOAIS		
Nome:		
Sexo: () Feminino () Masculino	Data de Nascimento:	
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Pai:		
Mãe:		
Estado Civil:	Nome do(a) Cônjuge:	
End. Residencial:	Nº:	
Bairro:	Município:	
CEP:	Complemento:	
Telefones:	E-mail:	
Instituição de conclusão do Ensino Médio:		
Formação Superior: _____		
Ano de conclusão:	Instituição:	
Pós-graduação		
() Especialista em: _____		
() Mestre em: _____		
() Doutor em: _____		
Ano de conclusão:	Instituição:	
Banco:	Conta Salário:	Agência nº:
Nome da agência:		
Empregos anteriores (mencionar empresas, cargos e períodos): _____		
Tipo sanguíneo:	Cor:	

DOCUMENTOS APRESENTADOS		
CARTEIRA DE IDENTIDADE	Nº: _____ Órgão Expedidor:	Data de Expedição: ___/___/___
TÍTULO DE ELEITOR	Nº: _____ Zona:	Data de Expedição: ___/___/___ Seção:
CPF	Nº: _____	
CERTIFICADO MILITAR	Nº: _____	Data de Expedição: ___/___/___
PIS ou PASEP	Nº: _____	Órgão que cadastrou:
REGISTRO PROFISSIONAL (Conselho de Classe)	Nº: _____ Órgão Expedidor:	Data de Expedição: ___/___/___
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (UFPA)	Emitido em: ___/___/___ Médico(a): _____	

Belém-PA, ___/___/___	_____
	Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA: AUXÍLIOS E/OU IMPOSTO DE RENDA

Nome:		Matrícula:
CPF:	Contatos:	
Cargo:	Lotação:	
E-mail:		
RELAÇÃO DE DEPENDENTES		
Nome:		Parentesco:
Nascimento: ___/___/_____	Sexo: () F () M	CPF:
UF Cartório:	Nº Registro:	Folha/Livro:
Nome do Cartório:		
Nome da mãe:		
() Informado para fins de Imposto de Renda () Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.		
Nome:		Parentesco:
Nascimento: ___/___/_____	Sexo: () F () M	CPF:
UF Cartório:	Nº Registro:	Folha/Livro:
Nome do Cartório:		
Nome da mãe:		
() Informado para fins de Imposto de Renda () Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.		
Nome:		Parentesco:
Nascimento: ___/___/_____	Sexo: () F () M	CPF:
UF Cartório:	Nº Registro:	Folha/Livro:
Nome do Cartório:		
Nome da mãe:		
() Informado para fins de Imposto de Renda () Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.		
Nome:		Parentesco:
Nascimento: ___/___/_____	Sexo: () F () M	CPF:
UF Cartório:	Nº Registro:	Folha/Livro:
Nome do Cartório:		
Nome da mãe:		
() Informado para fins de Imposto de Renda () Informado para garantir auxílios/benefícios da Lei nº. 8.112/90.		

Declaro sob pena de lei, que as informações aqui apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade não cabendo a V.S.^a (fonte pagadora) qualquer responsabilidade. Declaro ainda, que nenhuma vantagem foi ou será percebida, por si ou pelo(a) cônjuge ou companheiro(a), sob o mesmo fundamento. Fazem parte deste processo os seguintes documentos:

- () Cópia da(s) certidão(ões) de nascimento do(s) dependente(s);
- () Autorização judicial;
- () CPF.

Nestes termos, pede deferimento.

Assinatura

Belém-PA, ___/___/_____.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE BENS

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: _____

CATEGORIA FUNCIONAL:

() Técnico-Administrativo, Cargo: _____

() Professor do Magistério Superior

() Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico

LOTAÇÃO: _____

2. RELAÇÃO DE BENS

() Faço anexar ao presente, cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano vigente.

() Não possuo Bens.

() Possuo os seguintes Bens:

DESCRIÇÃO	VALOR

3. DECLARANTE

Belém-PA, ____/____/____.

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE NÃO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DESEMPREGO

Eu, _____, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob o nº _____, admitido(a) para o cargo de _____, DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998¹, de 11 de janeiro de 1990, que a partir do efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado(a), não sou beneficiário(a) 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 art. 299 do Código Penal².

Belém-PA, _____ de _____ de _____.
(Local e data)

Assinatura

¹ Lei nº 7998, de 11 de janeiro de 1990

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

² Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940

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 deveria ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO V
FORMULÁRIO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE

Nome:		
Cargo:		
Lotação:		
Endereço residencial:		
Nº		
Bairro:	Complemento:	
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:		

MEIO DE LOCOMOÇÃO (transporte público regulamentado):	
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
Linha:	
Quantidade/dia:	Valor Unitário: R\$
PERCURSO (deslocamento da residência/trabalho e trabalho/residência):	
IDA: _____	
VOLTA: _____	

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE
Autorizo ao setor competente descontar a parcela que me é atribuída pela legislação que estabelece e normatiza o auxílio-transporte (Decreto nº 2.880 de 15.12.98).
Tenho ciência, conforme preceitua o art. 4º, parágrafo 3º do supracitado decreto de que presumir-se-ão como verdadeiras as informações constantes no ato da inscrição do auxílio-transporte, assumindo responsabilidade administrativa sem prejuízo das sanções penais cabíveis.
Declaro ainda estar ciente de que será deduzido do valor mensal a importância relativa aos dias em que estiver afastado por motivo de férias, licença e outros tipos previstos em lei.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<ul style="list-style-type: none">• A presente vantagem não incorpora à remuneração;• Sobre ela, não incidirá PSS e Imposto de Renda;• O valor mensal da vantagem é igual ao valor das despesas deduzido o percentual de 6% do salário/vencimento básico;• Não fará jus à vantagem, o servidor cujas despesas de transporte forem inferior a 6% do salário/vencimentobásico;• O servidor que utilizar ônibus intermunicipal, deverá apresentar comprovantes de passagem ida e volta e comprovante de residência.

() Opto por não receber este Auxílio Transporte.

Belém-PA, ____/____/____.

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO VI

TERMO DE OFERTA DO PLANO DE BENEFÍCIOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DO PODER EXECUTIVO (PLANO EXECUTIVO FEDERAL)

Prezado (a) Servidor (a),

Em cumprimento ao disposto no artigo 16 da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, oferecemos-lhe a adesão ao **Plano de Benefícios dos Servidores Públicos Federais do Poder Executivo (Plano Executivo Federal)**, administrado pela Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe) e aprovado pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC) por meio da Portaria do Diretor de Análise Técnica da PREVIC nº 44, de 31 de janeiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 04 de fevereiro de 2013.

O Plano Executivo Federal é disponibilizado a todos os servidores públicos titular de cargo efetivo dos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo Federal. Trata-se de plano de previdência complementar do tipo contribuição definida que garante aos seus Participantes benefícios programados e de risco.

A sua inscrição no Plano Executivo Federal é facultativa e poderá ser feita a qualquer tempo, desde que o Plano esteja disponível aos servidores públicos federais do Poder Executivo. A inscrição poderá ser realizada diretamente na unidade de recursos humanos do seu órgão ou entidade.

Caso Vossa Senhoria faça a sua inscrição no Plano Executivo Federal, as suas contribuições regulares ao Plano serão descontadas diretamente do seu contracheque e repassadas à Funpresp-Exe, em conformidade com o Regulamento do Plano e a legislação em vigor.

Para maiores esclarecimentos acerca do Plano Executivo Federal, dirija-se à unidade de recursos humanos do seu órgão ou entidade, ou diretamente à Funpresp-Exe, especialmente pelos canais de atendimento disponibilizados pelo endereço eletrônico www.funpresp-exe.com.br.

CIENTE.

Belém-PA, ____/____/____.

Nome completo do(a) servidor(a)

Assinatura



ANEXO VII

TERMO DE CIÊNCIA DO SERVIDOR EM ESTÁGIO PROBATÓRIO

Eu, _____,
ocupante do cargo de _____, declaro
estar ciente dos critérios e etapas do processo de estágio probatório, conforme
informações gerais abaixo:

- **Estágio Probatório:** É o período de avaliação do desempenho do servidor admitido por concurso público, com o objetivo de constatar sua aptidão e capacidade para desempenhar suas funções e aquisição de sua estabilidade.
- **Fundamentação legal:** artigo 20 da Lei 8112/90, alterado pela Emenda Constitucional nº 19/98.
- Compreende o período de 36 meses, contados a partir da data de efetivo exercício.

Nesse período terei minha aptidão e capacidade avaliada pela minha chefia imediata em primeira e segunda instância, bem como serei submetido à avaliação especial por Comissão para a avaliação do estágio probatório.

A avaliação dar-se-á nos termos da Resolução nº 1.327/2011 do CONSAD e observará: **assiduidade, disciplina, capacidade de iniciativa, produtividade e responsabilidade.**

Situações em que a contagem do período de estágio é suspensa:

- Licenças por motivo de doença em pessoa da família;
- Licença para acompanhamento de cônjuge ou companheiro que foi deslocado para outro ponto do território nacional ou exterior;
- Licença para o exercício de mandato eletivo dos Poderes Executivo e Legislativo (prazo indeterminado e sem remuneração);
- Licença para atividade política;
- Afastamento para servir em organismo internacional;
- Afastamento para participação em curso de formação, decorrente de aprovação em concurso para outro cargo na administração pública federal, sendo retomado a partir do término do impedimento. (Art. 20 § 5º da Lei nº 8.112/90 e Lei 9.527, de 10/12/97);
- Licença para Tratamento da própria Saúde do Servidor, conforme Nota Técnica SEI Nº 15.187/2019 – Ministério da Economia.

Belém-PA, _____ de _____ de _____.

Assinatura



ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Pág. 01/02

Dados do Declarante

Nome completo:	
Cargo:	CPF:
E-mail:	

1. Declaração

Declaro, para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal de 1988 (com redação determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 de 1998); assim como o constante do inciso X do Art. 117 da Lei 8.112, de 1990, que:

<p>a) <input type="checkbox"/> NÃO mantenho outro vínculo empregatício em caráter permanente ou temporário em atividade privada, bem como não exerço qualquer atividade autônoma. Além do vínculo com a UFPA, 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.</p>
<p>b) <input type="checkbox"/> NÃO participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, assim como não exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário (Não se aplica aos servidores com redução de jornada com remuneração proporcional, nos termos do § 1º, do artigo 12 da Medida Provisória nº 792, 2017).</p>
<p>c) <input type="checkbox"/> EXERÇO outro cargo, emprego ou função pública na Administração Direta, Autárquica, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação (nas esferas Federal, Estadual, Distrital ou Municipal), conforme informações abaixo: (É obrigatória a apresentação de documentação que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos)</p> <p>Esfera: <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Distrital</p> <p>Cargo/Emprego/Função: _____</p> <p>Nível escolaridade: _____ Data de Ingresso: _____</p> <p>Órgão/Entidade/Empresa: _____</p> <p>Carga Horária Semanal: _____ Ocupante de Cargo ou Função em Comissão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>d) <input type="checkbox"/> EXERÇO outras atividades, conforme informações constantes a seguir (É obrigatória a apresentação de documentação que comprove o vínculo e jornada de trabalho diária declarados, incluindo intervalos)</p> <p>Tipo de atividade: <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> AUTÔNOMA <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____</p> <p>Cargo/Emprego/Função: _____</p> <p>Empregador: _____</p> <p>Carga Horária Semanal: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Bairro: _____ Cidade/UF: _____ Telefone: _____</p>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

Pág. 02/02

e) Recebo PROVENTOS de aposentadoria. **(É obrigatória a apresentação da cópia da portaria de aposentadoria ou outro documento comprobatório)**

Cargo que originou aposentadoria: _____

Nível escolaridade: _____ Regime de trabalho do cargo exercido: _____

Órgão/Entidade/Empresa: _____

f) Sou beneficiário de PENSÃO CIVIL. **(É obrigatória a apresentação da cópia da portaria de concessão do benefício)**

Instituidor da Pensão Civil: _____

Grau de Parentesco com o instituidor: _____ Data início da concessão: _____

2. Declaração

- Caso venha a assumir outros vínculos, firmo o compromisso de comunicar a esta unidade de gestão de pessoas.
- A presente declaração é firmada com pleno conhecimento de que qualquer omissão constituirá presunção de má fé.
- Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto no Código Penal Brasileiro e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Belém-PA, _____ de _____ de _____.
(Local e data)

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO IX

TERMO DE OPÇÃO DO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, _____, ocupante do cargo de _____, em virtude da acumulação de cargo público, nos termos do artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal de 1988 e tendo em vista que devo optar por receber apenas um auxílio alimentação, conforme o artigo 22 §2º e §5º da lei 8.460/1992, **OPTO** por receber o auxílio alimentação proveniente do vínculo com a (o) _____.

Assinatura

Belém-PA, _____ de _____ de _____.

OBSERVAÇÃO: Se optar em receber o auxílio pelo vínculo da UFPA, apresentar documento que comprove o cancelamento do benefício no outro vínculo.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO X

MODELO DE DECLARAÇÃO

(para quem tiver acúmulo de cargos ou empregos na área pública solicitar as respectivas empresas ou órgãos)

Orientações Gerais:

- 1) Utilizar papel timbrado e carimbo da instituição e do responsável pela informação;
- 2) Todas as informações solicitadas abaixo são imprescindíveis para análise de acúmulo de cargos.
- 3) Deve ser expedido pelo setor de Pessoal do Órgão/Empresa Pública.

MODELO DE DECLARAÇÃO PARA QUEM TIVER ACÚMULO DE CARGOS OU EMPREGOS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr.(a)(**nome da pessoa interessada**), inscrito no CPF sob n., e RG n., é (empregado público/ servidor efetivo ou substituto...) nesta instituição (**nome e CNPJ da instituição**), pessoa jurídica de direito.....(privado ou público), ocupante do cargo de..... (professor/ assistente em administração/ analista/ Técnico em contabilidade, etc.), nível de ensino necessário para o ocupar o cargo/emprego:(médio, técnico, superior...), sob o regime jurídico (celetista, estatutário), e exerce suas atividades na cidade, localizada na Rua, nº....., bairro e cumpre a seguinte jornada de trabalho:

Regime de trabalho semanal: (discriminar se 40h, 20h, 30h, 44h, Dedicção exclusiva).

Horário de trabalho diário: (discriminar dias da semana e horários)

E por ser expressão da verdade, datamos e assinamos a presente declaração.

Local e data.

NOME DO DECLARANTE
CARGO
MATRÍCULA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL

ANEXO XI

TERMO DE DESISTÊNCIA

_____ candidato(a) aprovado(a) no
Concurso Público nº _____ em pleno gozo de suas faculdades e direitos, declara
neste ato desistir de assumir o cargo para o qual foi aprovado(a), por motivos
particulares.

Declara, ainda, que esta decisão tem caráter irrevogável, para todos os fins de
direito. Assim sendo estará a Universidade Federal do Pará autorizada a convocar o
próximo, candidato obedecendo rigorosamente a ordem de classificação.

_____, _____, _____, _____.
Local e data.

Assinatura do(a) candidato(a)