



Documentação para admissão na UFPE

Por favor, leia com atenção as instruções abaixo:

- O candidato deverá imprimir as páginas de 2 a 8 deste arquivo, providenciar a documentação e os exames listados na página 2 e preencher os formulários das páginas 3 a 7;
- Os exames poderão ser realizados em laboratório particular, mas, caso o candidato tenha interesse em realizá-los no Hospital das Clínicas, deverá comparecer à SRS para buscar a respectiva requisição;
- Após obter os resultados de todos os exames, o candidato deverá entrar em contato com o NASS (Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE) para agendar as consultas de aptidão física e mental (2126.3944 ou 2126.7578 ou 2126.3566);
- Antes de ir às consultas do NASS, o candidato deverá comparecer à SRS para solicitar o respectivo encaminhamento (Para cargos efetivos, o encaminhamento será liberado apenas após publicação da nomeação no Diário Oficial da União; para os temporários, após autorização de contrato. Caso não tenha certeza quanto à publicação/autorização, basta confirmar previamente por telefone);
- No ato da consulta, o candidato deverá portar o encaminhamento mencionado acima e os resultados de todos os exames solicitados;
- O restante da documentação e os formulários preenchidos só deverão ser entregues à SRS após o candidato passar pelas consultas do NASS e obter os atestados de aptidão física e mental;
- A documentação somente será recebida na SRS e com TODOS os itens exigidos em cada cargo / situação (de acordo com listagens a seguir);
- Para Cargos Efetivos, após a entrega da documentação, será agendada a data da posse, que dependerá de parecer de aptidão pela Comissão de Acumulação de Cargos e Empregos (CACE). Para Professores Substitutos, após a entrega da documentação, será agendada a data para assinatura do contrato, caso não seja necessário parecer de aptidão pela Comissão de Acumulação de Cargos e Empregos (CACE);
- Quaisquer dúvidas acerca de acumulação de cargos (possibilidades, impossibilidades, documentação comprobatória exigida) deverão ser tratadas diretamente com a CACE (2126 8003/8022);
- Em caso de alteração de nome/sobrenome, o RG e o CPF devem estar alterados com o nome atual;
- PIS/PASEP/NIT é um dado obrigatório. Caso o candidato não possua, deverá inscrever-se através do endereço eletrônico:
<https://www5.dataprev.gov.br/cnisinternet/faces/pages/pfcnis/cadastrarFiliado/cadastro.xhtml>



EXAMES MÉDICOS	<p>01. SUMÁRIO DE URINA; 02. BIOQUÍMICA: - AST (TGO) - ALT (TGP) - Colesterol total, LDL e HDL - Classificação Sanguínea (ABO e Rh) - Creatinina - Glicemia em jejum - Hemograma completo - INR - Tempo de Protombina/Atividade Enzimática (TP/AE) - Triglicerídeos - Ureia - VDRL (quantitativo e qualitativo)</p> <p>03. PARECER CARDIOLÓGICO (para pessoas a partir de 35 anos) Obs.: Outros exames poderão ser solicitados de acordo com o exame médico.</p>	<p>OBSERVAÇÕES:</p> <ol style="list-style-type: none"> Os exames poderão ser realizados no laboratório de preferência do candidato, inclusive no Hospital das Clínicas (2126 3546). Exames anteriores serão aceitos atendendo à validade de 90 dias. Os resultados devem ser apresentados à Medicina do Trabalho da UFPE (NASS), juntamente com o cartão de vacinação (caso tenha) e a requisição para Atestado de Aptidão, que o candidato deverá solicitar na sala 117 (Reitoria), antes de ir ao médico. Agendamento das consultas (física e mental) no NASS: 2126.3944 ou 2126.7578 ou 2126.3566.
APRESENTAR ORIGINAIS E CÓPIAS DOS DOCUMENTOS ABAIXO:		
<input type="checkbox"/> certidão de casamento ou nascimento (apresentar de acordo com o estado civil atual); <input type="checkbox"/> registro de naturalização (SE brasileiro naturalizado); <input type="checkbox"/> carteira de identidade (2 cópias , separadas dos demais documentos); <input type="checkbox"/> CPF (2 cópias , separadas dos demais documentos); <input type="checkbox"/> título de eleitor; <input type="checkbox"/> quitação militar - 2 cópias (Certificado de Reservista ou Carta Patente ou CAM ou Identidade Militar ou equivalente) <input type="checkbox"/> registro do órgão de classe + comprovante de quitação atualizado (apenas para TÉCNICOS, quando houver tal exigência para o exercício do cargo); <input type="checkbox"/> registro profissional - solicitado através do SIRPWEB - http://sirpweb.mte.gov.br/sirpweb/principal.seam); (apenas para TÉCNICOS, quando houver tal exigência para o exercício do cargo); <input type="checkbox"/> comprovante de residência atual (emitido dentro dos últimos 03 meses); <input type="checkbox"/> carteira de trabalho – CTPS (cópias da página de dados pessoais, seu verso, e de TODAS onde houver registro de contrato de trabalho, separadas dos demais documentos); <input type="checkbox"/> diploma / certificado (Apresentar o exigido no Edital de Abertura. Docentes: Apresentar também comprovante da maior titulação já concluída); <input type="checkbox"/> declaração de bens – pode ser a declaração completa de imposto de renda (2 cópias); ou escrita/digitada onde conste os números do RG e CPF, endereço, e informação SE possui ou não bens (original e cópia).		
APRESENTAR AINDA ORIGINAIS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:		
<input type="checkbox"/> certidão de quitação eleitoral (emitida através do site http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidoes); <input type="checkbox"/> currículo atualizado com foto, sem comprovantes (Docentes: 01 cópia; Demais cargos: 02 cópias); <input type="checkbox"/> 01 foto 3x4 (Recente); <input type="checkbox"/> atestado de sanidade física e mental. Em caso de PCD, acrescentar o parecer da Junta Médica (obtidos no NASS); <input type="checkbox"/> comprovação de experiência (SE exigida no Edital de Abertura para o cargo);		
PREENCHER E ASSINAR OS SEGUINTE FORMULÁRIOS:		
<input type="checkbox"/> dados pessoais <input type="checkbox"/> declaração seguro desemprego <input type="checkbox"/> termo de opção pelo auxílio alimentação <input type="checkbox"/> declaração de acumulação/não acumulação de cargos		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO

UFPE

DADOS PESSOAIS

DADOS PESSOAIS	NOME:			
	NOME DO PAI:			
	NOME DA MÃE:			
	DATA DE NASCIMENTO	/	/	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
	TIPO SANGÜINEO		FATOR RH	
	NATALIDADE (CIDADE/UF):		NACIONALIDADE:	
	ESTADO CIVIL:			
ENDEREÇO	LOGRADOURO :			NÚMERO
	COMPLEMENTO		BAIRRO:	
	CIDADE:		ESTADO	
	CEP:	TELEFONE RESIDENCIAL:	TELEFONE CELULAR:	
	E-MAIL:			
DOCUMENTOS	CPF:		PIS / PASEP / NIT (Obrigatório):	
	Nº CARTEIRA DE TRABALHO (CTPS):	SÉRIE:	UF:	DATA DO 1º EMPREGO: / /
	IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:	EMIÇÃO: / /
	TÍTULO DE ELEITOR::	UF	ZONA	SEÇÃO
	EMIÇÃO: / /			
	Nº COMPROVANTE DE SITUAÇÃO MILITAR:	ÓRGÃO EMISSOR:		SÉRIE:
BANCO PARA PAGAMENTO:	NÚMERO E NOME DA AGÊNCIA:		Nº DA CONTA CORRENTE:	

- OBS.:** 1. Todos os campos são de **preenchimento obrigatório** e de inteira responsabilidade do servidor;
 2. A conta para depósito do salário deve ser **Conta Corrente, individual**, em Banco de sua preferência;
 3. Em caso de alteração de nome/sobrenome, o **RG** e o **CPF** devem estar alterados com o nome atual.

Recife, ____/____/____

Assinatura

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Nome:		CPF:	
Cargo:		PIS/ PASEP/ NIT:	
E-mail:		Celular:	
Regime de trabalho: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE		Telefone:	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Outra: _____			
Endereço residencial (Logradouro):		Nº	UF:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	CEP:
O regime de 40 (quarenta) horas com dedicação exclusiva impede o docente de exercer outra atividade remunerada, pública ou privada, com as exceções previstas na Lei nº 12.772/12.			

DECLARO, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante a **UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**, que:

() **NÃO** ocupo outro cargo/emprego/função na administração direta, em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle diretor, quer no âmbito Federal, Estadual, Municipal, e privado.

() **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privado de:

Cargo:	
Nome da entidade:	UF:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data do Ingresso:
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	
Carga horaria semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Profissional Liberal () Autônomo	
Apresentar declaração da instituição em que trabalha, constando local, carga horária semanal e especificação dos dias e horários de entrada e saída.	

() **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privado de:

Cargo:	
Nome da entidade:	UF:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data do Ingresso:
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	
Carga horaria semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Profissional Liberal () Autônomo	
Apresentar declaração da instituição em que trabalha, constando local, carga horária semanal e especificação dos dias e horários de entrada e saída.	

() **OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privado de:

Cargo:	
Nome da entidade:	UF:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data do Ingresso:
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	
Carga horaria semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo () Profissional Liberal () Autônomo	
Apresentar declaração da instituição em que trabalha, constando local, carga horária semanal e especificação dos dias e horários de entrada e saída.	

PERCEBO aposentadoria: () SIM () NÃO

Cargo que deu origem à aposentadoria:	
Nome da entidade:	UF:
Fundamento legal:	Ato legal da aposentadoria:
Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado	Data da vigência:
Área de atuação: () Saúde () Magistério () Técnico-Administrativo	
Carga horaria semanal: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE Outra: _____	
Escolaridade do cargo: () Superior () Técnico / Médio () Fundamental	

PERCEBO pensão: () SIM () NÃO

Nome da entidade: _____ UF: _____

Órgão: () Federal () Estadual () Municipal () Privado

Grau de parentesco com o instituidor de pensão:

Tipo e fundamentação legal da pensão:

Data de início da concessão:

Comprovar a dependência econômica na data do óbito do instituidor.

Sou Militar: () Sim () Não () Em atividade () Reformado () Reserva remunerada

Área da saúde: () Sim () Não

Participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, ou exerço o comércio:
() SIM () NÃO

Razão Social: _____ CNPJ: _____

Participo de sociedade privada, personificada ou não personificada, na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, nos termos do art. 117, inciso X, da Lei nº. 8.112/1990: () SIM () NÃO

Razão Social: _____ CNPJ: _____

Estou em disponibilidade remunerada, nos termos do art. 41, §3º, da Constituição Federal: () SIM () NÃO

Órgão: _____

Estou vinculado(a) à Programa de Residência Médica ou Multiprofissional em saúde, ligado a órgão público: () SIM () NÃO

Órgão: _____

O candidato está ciente de que não é aconselhável solicitar desligamento do(s) vínculo(s) declarado(s) (rescisão, vacância, exoneração, etc.) sem antes ter passado pela Perícia Médica desta Universidade e ter entregue o Atestado e toda a documentação exigida para a posse. Portanto, solicitamos entregar a documentação com o máximo de antecedência possível para que haja tempo hábil para resolver as questões de desligamento, caso necessário, com o(s) vínculo(s) aqui declarado(s);

Salientamos que, para que não haja descontinuidade de tempo de serviço (quebra de vínculo), a Saída (vínculo anterior), Posse e Efetivo Exercício (vínculo na UFPE) devem ter a mesma data.

DECLARO, com base no que dispõem os incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal, que **ESTOU CIENTE** de que omitir, em documento público, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa, com o fim de alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante **CONSTITUI CRIME**, tipificado no art. 299 do Código Penal, sujeito às penalidades legais, após apuração em processo administrativo disciplinar, na forma do art. 133, da Lei 8.112/90.

_____, _____ de _____ de _____
Local

Assinatura do Declarante



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE PERNAMBUCO**

UFPE

TERMO DE OPÇÃO - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME:	
CARGO NA UFPE :	
LOTAÇÃO NA UFPE:	CPF:

Ciente que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, declaro que:

I - **Não desejo requerer o Auxílio Alimentação** uma vez que já recebo benefício idêntico em outro órgão público.

II - **Desejo requerer o Auxílio Alimentação** por não receber idêntico benefício em outro órgão público. Declaro ainda estar sujeito à jornada de trabalho de:

20 horas 24 horas 30 horas 40 horas **Dedicação Exclusiva** **Outro:** _____

Obs.: Benefício pago pelo Governo Federal ao servidor. Não incide desconto e vem creditado na conta corrente junto com o salário.

Recife, ____/____/____

Assinatura

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF - sob o nº _____,
cargo/emprego público: _____

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, 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 art. 299 do Código Penal.²

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura

¹Lei nº 7.998, 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.

²Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 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 devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

CONTATOS PARA SOLICITAÇÕES/ REQUERIMENTOS
(Após a posse/contratação)

SALA 112 – CONTATO: 2126 8176

- AUXÍLIO TRANSPORTE
- AUXÍLIO SAÚDE (APENAS CARGO EFETIVO)
- AUXÍLIO CRECHE (FILHOS ATÉ 6 ANOS)
- INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO (TÉCNICOS)
- RETRIBUIÇÃO POR TITULAÇÃO (DOCENTES NOMEADOS NA CLASSE AUXILIAR 1)
- REQUERIMENTOS EM GERAL

SALA 114 – CONTATO: 2126 8168

- INCLUSÃO DE DEPENDENTES (Para Imposto de Renda e licença para acompanhar pessoa da família)

SALA 141 – CONTATO: 2126 8190

- PLANOS DE SAÚDE (Informações)
- CRACHÁ

SALA 343 – CONTATO: 2126 8003/8022

- ACUMULAÇÃO DE CARGOS (Informações)
- INSALUBRIDADE (Informações)

FUNPRESP (PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR)

- 0800 282 6794
- www.funpresp.com.br

**Quaisquer dúvidas acerca de benefícios e solicitações devem ser
direcionadas aos respectivos setores!**