

Seção de Provimentos (SP)

Contatos: (81) 2126 8672 / provimentos.progepe@ufpe.br

Documentação para admissão na UFPE

Por favor, leia com atenção as instruções abaixo:

- Atenção! A **documentação será recebida em formato digital, por e-mail (provimentos.doc@ufpe.br)**. Todos os documentos, atestados e formulários devem ser digitalizados e salvos em três arquivos (parte 1, parte 2 e parte 3) **na ordem** em que aparecem na listagem presente na próxima página, no formato **PDF/A (caso necessário, solicite-nos instruções para conversão)**;
- O(A) candidato(a) deverá ler atentamente as páginas deste arquivo, providenciar a documentação e os exames listados na próxima página e preencher os formulários das páginas seguintes (preferencialmente, preencher no computador, imprimir e assinar para depois digitalizar);
- Após obter os resultados de todos os exames, deverá entrar em contato por telefone com o Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE (NASS) para agendar as consultas de aptidão física e mental (2126.3944 ou 2126.7578 ou 2126.3566 ou 2126.8582);
- Antes de ir às consultas admissionais, certificar-se junto à SP de que sua admissão já está autorizada e os devidos encaminhamentos já tenham sido realizados junto ao NASS;
- Para a consulta, o candidato deverá portar os resultados de todos os exames solicitados e, caso tenha, o cartão de vacinas atualizado. Caso a vaga seja de Pessoa Com Deficiência, levar também os respectivos laudos e exames que possua;
- **Importante: a documentação pessoal e os formulários preenchidos só deverão ser enviados à Seção de Provimentos (SP) após o candidato passar pelas consultas do NASS e obter os atestados de aptidão física e mental. Os exames laboratoriais não precisam ser enviados à SP. Somente serão aceitas as documentações que estiverem completas, com formulários devidamente preenchidos e assinados. Portanto, quaisquer dúvidas a respeito de qualquer item solicitado deverão ser dirigidas à SP;**
- No modelo da declaração de veracidade das informações prestadas há algumas instruções em letras vermelhas, que devem ser **apagadas** quando do preenchimento da mesma.
- Após o envio da documentação por e-mail, solicitamos a gentileza de **aguardar** o prazo de **dois dias úteis** para que confirmemos o recebimento. Após isso, abriremos um processo a ser analisado pela Coordenação de Acumulação de Cargos e Empregos - CACE (notificações serão enviadas pelo próprio Sistema ao(à) candidato(a), através de e-mail) e, apenas após parecer favorável da CACE, entraremos novamente em contato por e-mail para agendar assinatura do contrato;
- Quaisquer dúvidas acerca de acumulação de cargos (possibilidades, impossibilidades, documentação comprobatória exigida) deverão ser tratadas diretamente com a CACE (**cace@ufpe.br**);
- 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://cnisnet.inss.gov.br/cnisinternet/faces/pages/index.xhtml>

EXAMES MÉDICOS E LABORATORIAIS:

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)
03. PARECER CARDIOLÓGICO (para pessoas a partir de 35 anos)

Obs.: Outros exames poderão ser solicitados de acordo com o exame médico.

OBSERVAÇÕES:

- Os exames poderão ser realizados em laboratório da preferência do(a) candidato(a), inclusive no Hospital das Clínicas (solicitar encaminhamento no NASS). Contato do Laboratório: 2126 3527.
- 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).
- Agendamento das consultas (física e mental) no **NASS: 2126.3944 ou 2126.7578 ou 2126.3566 ou 2126.8582.**

APRESENTAR, EM FORMATO DIGITAL (PDF/A) VIA EMAIL (PROVIMENTOS.DOC@UFPE.BR), OS DOCUMENTOS ABAIXO:

1- PARTE 1/ARQUIVO 1 (EM FORMATO PDF/A):

- Formulário de dados pessoais (preenchido, datado e assinado – modelo anexo);
- Declaração seguro desemprego (preenchida, datada e assinada – modelo anexo);
- Declaração de 24 meses (preenchida, datada e assinada – modelo anexo);
- Declaração de veracidade das informações (preenchida, datada e assinada – modelo anexo);
- Certidão de casamento ou nascimento (apresentar de acordo com o estado civil atual);
- Registro de naturalização (SE brasileiro naturalizado);
- Carteira de identidade;
- CPF;
- Comprovante de situação cadastral no CPF (emitida pelo site: <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>);
- Título de eleitor, frente e verso (pode ser a cédula ou em formato digital);
- Certidão de quitação eleitoral (emitida através do site <http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidoes>);
- Quitação militar, frente, verso e parte interna – se houver (Certificado de Reservista ou Carta Patente ou CAM ou Identidade Militar ou equivalente);
- Comprovante de residência atual (emitido dentro dos últimos 03 meses);
- Diploma / certificado (Apresentar o exigido no Edital de Abertura. Docentes: Apresentar também comprovante da maior titulação já concluída);
- Declaração de bens – pode ser a declaração completa de imposto de renda ou escrita/digitada onde conste endereço, os números do RG e CPF, e informação SE possui ou não bens;
- 01 foto 3x4 (Recente);
- Atestado de sanidade física e mental. Em caso de PCD, acrescentar o parecer da Junta Médica (obtidos no NASS);
- Edital de abertura do concurso;
- Edital de homologação do resultado do concurso.

2- PARTE 2 /ARQUIVO 2 (EM FORMATO PDF/A):

- Declaração de acumulação/não acumulação de cargos (assinalar a opção correspondente em TODOS os campos de "SIM ou NÃO"). Preenchida, datada e assinada – modelo anexo.
- Carteira de trabalho (CTPS) - página de dados pessoais, seu verso, e **TODAS** onde houver registro de contrato de trabalho (datas de admissão e saída). Caso não possua CTPS, apresentar declaração própria em que conste essa informação;
- Currículo **atualizado** com foto, **sem** comprovantes (pode ser a versão simplificada da Plataforma Lattes).

3- PARTE 3/ARQUIVO 3 (EM FORMATO PDF/A):

- Termo de opção pelo auxílio alimentação (preenchido, datado e assinado – modelo anexo).

PROGEPEPRÓ-REITORIA DE GESTÃO
DE PESSOAS E QUALIDADE DE VIDAUNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

DADOS PESSOAIS	NOME:				
	NOME DO PAI:				
	NOME DA MÃE:				
	DATA DE NASCIMENTO / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		COR/ ORIGEM ÉTNICA	
	TIPO SANGÜÍNEO		FATOR RH		
	NATURALIDADE (CIDADE/UF):		NACIONALIDADE:		
	ESTADO CIVIL:				
ENDEREÇO	LOGRADOURO (Rua, Avenida, Travessa...):			NÚMERO	
	COMPLEMENTO (Apartamento, Bloco, Conjunto...)		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: / /	
	A CTPS foi emitida em formato digital? () SIM () NÃO (caso seja CTPS digital, não precisa preencher os campos de número e série acima)				
	IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF	EMISSÃO: / /	
	TÍTULO DE ELEITOR::	UF	ZONA	SEÇÃO	EMISSÃO: / /
	Nº COMPROVANTE DE SITUAÇÃO MILITAR:		ÓRGÃO EMISSOR:	SÉRIE:	
	BANCO PARA PAGAMENTO:	NÚMERO (COM DÍGITO VERIFICADOR) E NOME DA AGÊNCIA:		Nº DA CONTA CORRENTE:	

- OBS.:** 1. Todos os campos são de **preenchimento obrigatório** e de inteira responsabilidade do candidato;
 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.
 4. Para efeito de cadastro, o **Sistema SIAPE não reconhece bancos digitais.**

Recife, ____/____/____

Assinatura



TERMO DE OPÇÃO - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME:	
CARGO NA UFPE :PROFESSOR SUBSTITUTO	
LOTAÇÃO NA UFPE (NOME DO DEPARTAMENTO/NÚCLEO):	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 Dedicção 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 DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Nome:		CPF:	
Cargo (UFPE):		PIS/PASEP/NIT:	
E-mail:		Celular:	
Regime de trabalho: () 20h () 24h () 25h () 30h () 40h () 40/DE		Telefone Fixo:	
Área de atuação: () Saúde (X) 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 horária 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 horária 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 horária 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 horária 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.

DECLARAÇÃO

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

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.

DECLARAÇÃO

Eu _____, inscrito no CPF sob o número _____ declaro:

() atuei como contratado nos termos da Lei Nº 8745/1993¹ nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, tendo sido o meu último contrato finalizado em ___/___/___.

() não atuei como professor substituto/temporário/visitante nos termos da Lei Nº 8745/1993 nos últimos 24 (vinte e quatro) meses.

Declaro, ainda, estar ciente de que 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 **CONSTITUI CRIME**, tipificado no art. 299 do Código Penal, passível de apuração na forma da lei; e de que a Lei 8.745/1993 dispõe em seu artigo 9º, inciso III que:

“Art. 9º O pessoal contratado nos termos desta Lei não poderá: [...] III - ser novamente contratado, com fundamento nesta Lei, antes de decorridos 24 (vinte e quatro) meses do encerramento de seu contrato anterior, salvo nas hipóteses dos incisos I e IX do art. 2º desta Lei, mediante prévia autorização, conforme determina o art. 5º desta Lei.”

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura

¹ A Lei 8.745/93 Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal. Caso haja dúvidas, é possível encontrar no texto do contrato a referência à lei que o rege.

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____ (NOME) _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) à (ENDEREÇO COMPLETO) _____, declaro, para os devidos fins de direito, sob as penas da lei, e sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, que os documentos digitalizados e as informações presentes nos formulários que apresento para fins de admissão no cargo de PROFESSOR SUBSTITUTO na Universidade Federal de Pernambuco(UFPE) são verdadeiros e autênticos, fideis à verdade e condizentes com a documentação original que possuo, sendo cabível ser apresentada a documentação original a qualquer momento que for solicitado pela UFPE.

Formulários:

- dados pessoais
- termo de opção pelo auxílio alimentação
- declaração seguro desemprego
- declaração de acumulação/não acumulação de cargos
- declaração de 24 meses

Documentos digitalizados apresentados: (favor excluir da lista a seguir os documentos que não serão enviados, por não se enquadrarem no seu caso específico, e deixar listados apenas aqueles que estejam no arquivo que você nos enviará)

- Certidão de casamento ou nascimento;
- Registro de naturalização;
- Carteira de identidade;
- CPF;
- Comprovante de situação cadastral no CPF;
- Título de eleitor;
- Certidão de quitação eleitoral;
- Quitação militar
- Comprovante de residência atual (emitido dentro dos últimos 03 meses);
- Diploma / certificado;
- Declaração de bens;
- 01 foto 3x4;
- Atestado de sanidade física e mental. Em caso de PCD, acrescentar o parecer da Junta Médica (**obtidos no NASS**);
- Carteira de trabalho (CTPS) **OU** declaração própria em que conste essa informação;
- Currículo atualizado **com** foto, **sem** comprovantes;
- Edital de abertura do concurso;
- Edital de homologação do resultado do concurso.

Estou **CIENTE**, através deste documento, de que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da lei.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura