PROGEPE
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida

Universidade Federal de Pernambuco

Seção de Provimentos (SP)
spro.progepe@ufpe.br

Documentação para admissão na UFPE

Por favor, leia com atenção as instruções abaixo:

- Atenção! **A documentação deverá ser enviada por e-mail em formato digital para o endereço provimentos.doc@ufpe.br**. Todos os documentos, atestados e formulários devem ser digitalizados e salvos em três arquivos diferentes (parte 1, parte 2 e parte 3), **conforme a ordem descrita na listagem presente na página 2**, em **formato PDF/A. Esclarecemos que há diferença entre o formato PDF e o formato PDF/A. Para conversão em PDF/A, o candidato poderá utilizar os conversores online de PDF ou outro aplicativo de sua preferência;**

- O candidato deverá ler atentamente as páginas deste arquivo, providenciar os documentos listados na página 2, preencher os **formulários enviados por e-mail** exclusivamente no computador, assiná-los à mão ou digitalmente via GOV.BR ou via Autoridade Certificadora (AC) vinculada ao ICP-Brasil e, por fim, digitalizá-los, em caso de assinatura manual;

  ***Observação: Após o preenchimento dos Formulários, sugerimos que estes sejam salvos no computador utilizando o modo impressão (teclas de atalho: Ctrl+P), a fim de garantir que não seja possível editá-los após preenchidos.**

- Os candidatos da **concorrência Pessoa Com Deficiência** submeter-se-ão à perícia médica munidos de laudo, devendo entrar em contato por telefone com o Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor da UFPE (NASS) para agendar as consultas: (81) 2126.3944, ou (81) 2126.7578, ou (81) 2126.3566, ou (81) 2126.8582;

- **Importante: Somente serão aceitas as documentações que estiverem completas, com formulários devidamente preenchidos e assinados. É de responsabilidade do candidato a organização e a formatação dos documentos de acordo com o modelo exigido. O candidato deve atentar para que todos os documentos digitalizados estejam legíveis (se possível, conferir a legibilidade em tela de computador);**

- Após o envio da documentação por e-mail, solicitamos a gentileza de **aguardar** o prazo de **cinco dias úteis** para que confirmemos o recebimento e a conferência dos documentos. Após isso, encaminharemos o processo da contratação com a documentação apresentada para ser analisado pela Coordenação de Acumulação de Cargos e Empregos - CACE e, apenas após parecer favorável da CACE, entraremos novamente em contato para informar o resultado e demais instruções**. Ressaltamos que o candidato só pode iniciar as atividades junto ao Departamento/Núcleo após parecer favorável da CACE).**

- Quaisquer dúvidas acerca de acumulação de cargos (possibilidades, impossibilidades, documentação comprobatória exigida, etc) deverão ser tratadas diretamente com a CACE (**cace.progepe@ufpe.br ou 81-2126-8172 – WhatsApp institucional ou ainda 81-2126-8003 – Ligação**);

- Em caso de **alteração de nome/sobrenome**, o RG e o CPF devem estar alterados com o nome atual;

PROGEPE
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida

Universidade Federal de Pernambuco

Relação de Documentos

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

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

- Formulário de dados pessoais (preenchido, datado e assinado – modelo anexo ao e-mail);
- Declaração seguro-desemprego (preenchida, datada e assinada – modelo anexo ao e-mail);
- Declaração de 24 meses (preenchida, datada e assinada – modelo anexo ao e-mail);
- Declaração de Parentesco (preenchida, datada e assinada – modelo anexo ao e-mail);
- Declaração de veracidade das informações (preenchida, datada e assinada – modelo anexo ao e-mail);
- Certidão de casamento ou nascimento (apresentar de acordo com o estado civil atual);
- Passaporte (páginas contendo dados pessoais e data de entrada no país);
- Carteira de identidade;
- CPF;
-Comprovante de situação cadastral no CPF (emitida pelo site: https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp);
- Comprovante de residência atual (emitido dentro dos últimos 03 meses);
- Diploma (de acordo com a autorização de contratação);
- 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 (caso possua, atribuir-lhes valores atualizados);
- 01 foto 3x4 (Recente);
- Em caso de PCD, acrescentar o parecer da Junta Médica (obtidos no NASS);
- Edital de Abertura da Seleção;
- Resultado da Seleção.

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 ao e-mail.
- Carteira de trabalho (CTPS) – **CASO POSSUA**. Página de dados pessoais, seu verso, e **TODAS** onde houver registro de contrato de trabalho (datas de admissão e saída).
- Informe de empresas vinculadas ao usuário - documento gerado pelo Portal GOV.BR, por meio do endereço: https://consultacnpj.redesim.gov.br/minhas-empresas. (passo a passo presente na página 3).

***Observação**: deverá ser inserido **por todos**, mesmo que o candidato não possua empresas vinculadas.

- 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 ao e-mail).

PROGEPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS E QUALIDADE DE VIDA

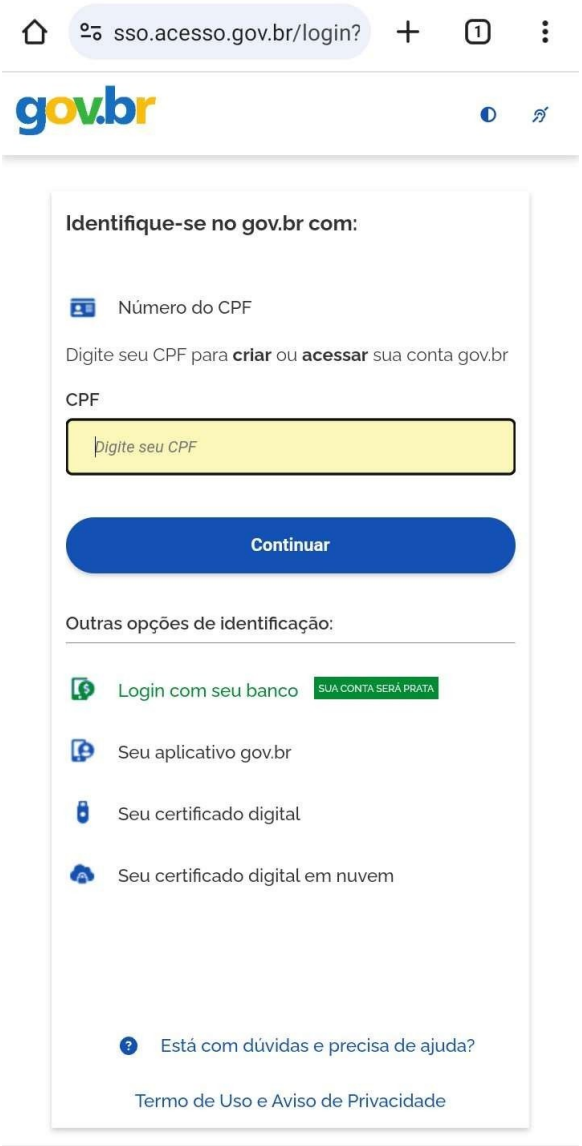
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PASSO A PASSO

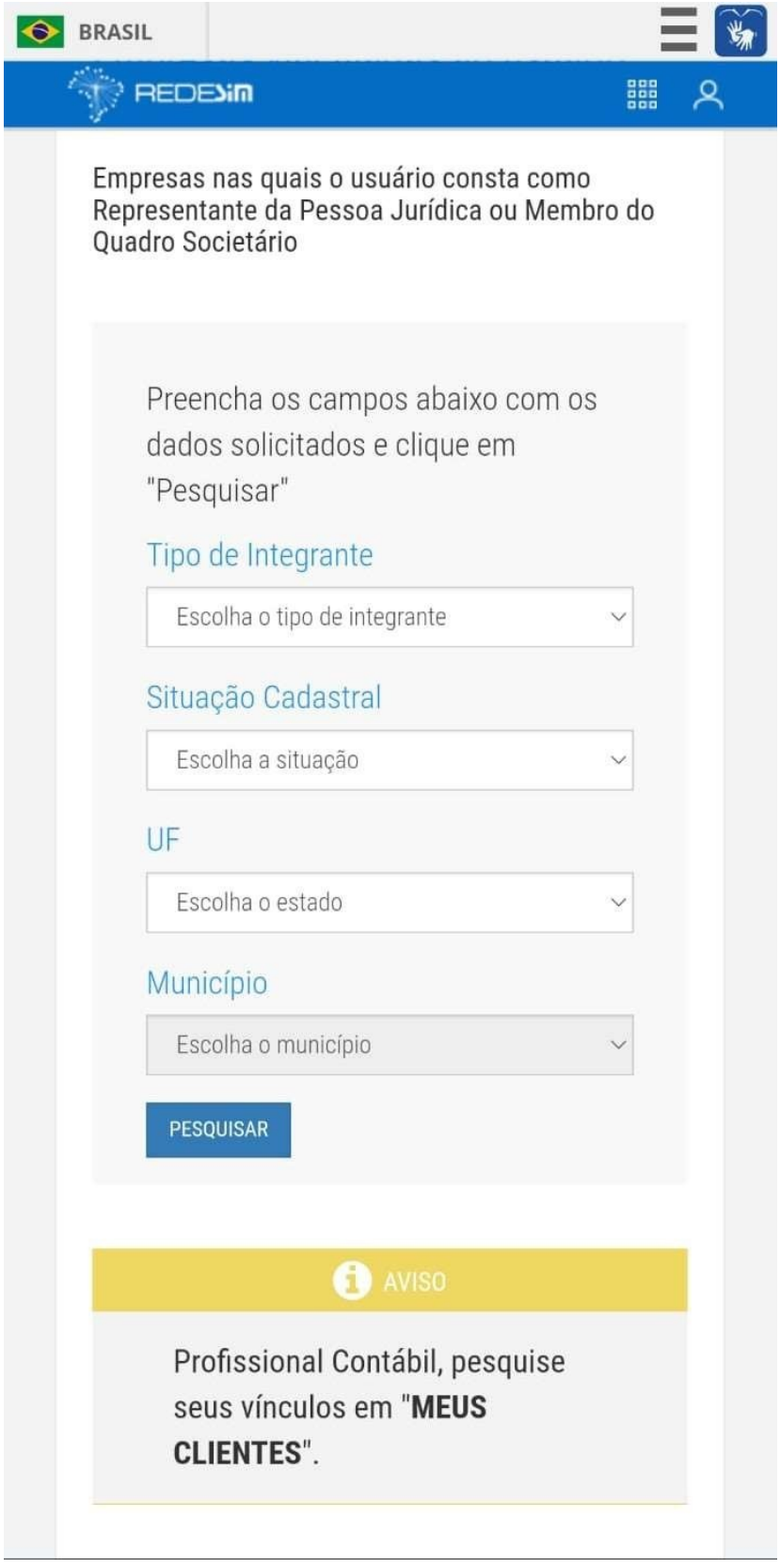
Como consultar CNPJ por meio do Portal GOV.BR :

- **Acessar o Portal no endereço e inserir os dados de login (CPF e Senha de acesso)**

  https://consultacnpj.redesim.gov.br/minhas-empresas



- **Página inicial:**



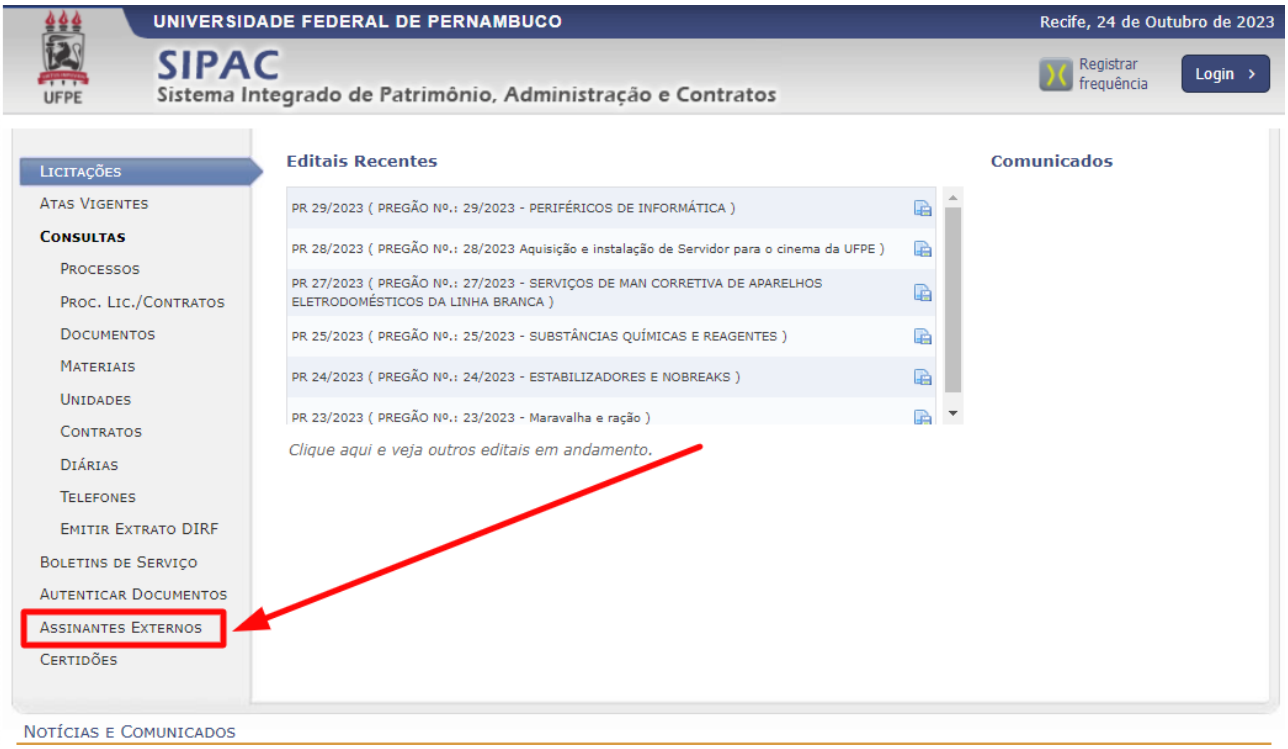
- **Preencher os campos:**

Tipo de Integrante: TODOS
Situação Cadastral: Todas
UF: Todas UF
Clica em PESQUISAR

- **O resultado da pesquisa deverá ser gerado em PDF, contendo o cabeçalho e rodapé da página. (Não será aceito PrintScreen)**

TUTORIAL ASSINANTE EXTERNO – Toda pessoa que deverá assinar digitalmente documentos junto ao SIPAC e que ainda não possua vínculo com a UFPE.

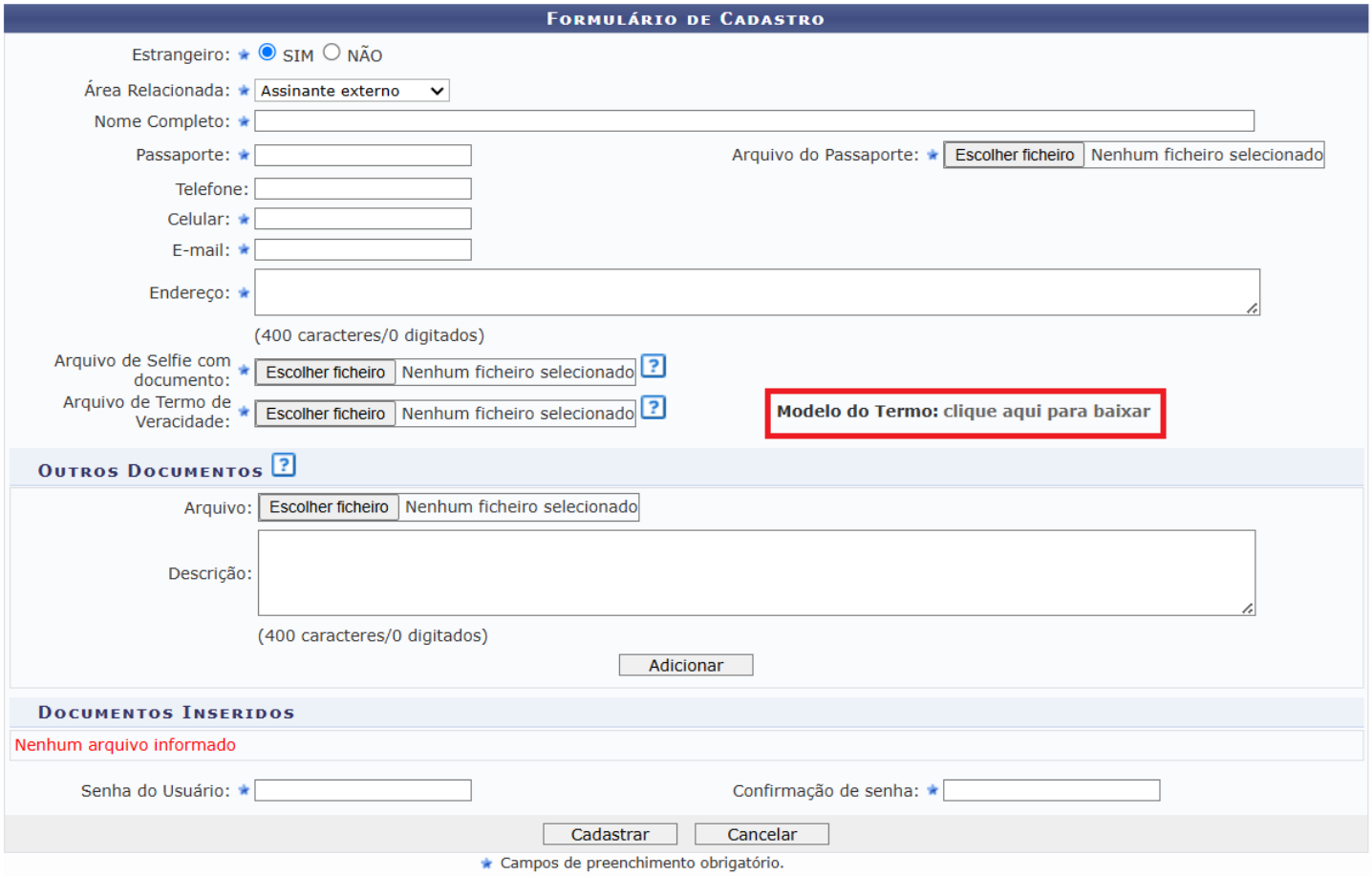
- **Os usuários que devem realizar a assinatura como "Assinante Externo" devem utilizar a página principal do SIPAC (sipac.ufpe.br) e selecionar a aba "Assinantes Externos".**



Na

- **Na tela assinante externo será possível realizar o login ou o próprio cadastro.**

- **Caso ainda não possua o cadastro, clique em "Cadastrar" para abrir a tela abaixo:**



(*Modelo do Termo): O termo de veracidade difere daquele enviado por e-mail aos candidatos e deverá ser baixado na própria página do Sipac de Formulário de cadastro.

- **Ressaltamos os seguintes campos para o devido preenchimento e não reprovação do cadastro**

Arquivo de Selfie com documento: Adicionar autorretrato ou fotografia segurando o documento de identificação (passaporte) fornecido no item anterior. Enquadre seu rosto e ao lado o seu documento com foto. É importante que sua selfie seja nítida, clara e que seu rosto fique visível assim como o documento de identificação para a validação ser realizada com sucesso.

Arquivo de Termo de Veracidade: Deve ser assinado manualmente ou com assinatura/certificado eletrônico. Termos com a imagem da assinatura colada serão recusados.

FORMULÁRIO DE DADOS PESSOAIS

CPF: 000.000.000-00	DATA DE NASCIMENTO:	IDENTIDADE DE GÊNERO:	SANGUE TIPO:
NOME CIVIL:			
NOME SOCIAL:			
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
CIDADE DE NASCIMENTO/UF: /		PAÍS:	
NACIONALIDADE:		COR/ORIGEM ÉTNICA:	
ESTADO CIVIL:			

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS SOMENTE POR ESTRANGEIROS (INCLUINDO OS ESTRANGEIROS NATURALIZADOS BRASILEIROS):

PAÍS: Nº PASSAPORTE: DATA DE ENTRADA NO BRASIL:

POSSUI VISTO PERMANENTE? ☐ SIM ☐ NÃO CASO NÃO POSSUA, INFORMAR A DATA DE VALIDADE:

IDENTIDADE:	TIPO:	ÓRGÃO EXP:	UF:	EMISSÃO:

A CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL (CTPS) POSSUI VERSÃO NO FORMATO DIGITAL? ☐ SIM ☐ NÃO

(caso já possua a versão digital da CTPS, não preencher os campos de número, série e UF abaixo)

Nº CARTEIRA DO TRABALHO (CTPS): SÉRIE: UF:

DATA DO 1º EMPREGO:

LOGRADOURO:		Nº
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CIDADE:	ESTADO:	CEP:
TELEFONE FIXO: ( )	CELULAR: ( )	
E-MAIL PESSOAL:		

BANCO PARA PAGAMENTO (NOME DO BANCO):	Nº DA AGÊNCIA - COM O DÍGITO: - NOME DA AGÊNCIA/UF: /

CAMPO A SER PREENCHIDO POR CLIENTES DE TODOS OS BANCOS (INCLUSIVE SANTANDER E SICREDI):

Nº DA CONTA-CORRENTE:

CAMPO A SER PREENCHIDO SOMENTE SE A CONTA FOR DOS BANCOS SANTANDER OU SICREDI:

Nº DA CONTA-SALÁRIO:

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.***
*5. Em caso de dúvidas sobre o **nome da agência**, pesquisar no site da instituição financeira ou contatar a agência.*
6. Para os bancos SANTANDER e SICRED, faz-se necessário informar também a conta-salário, pois há diferenciação entre essas duas contas nessas instituições. Caso o candidato não possua, deverá realizar a abertura de conta junto a esses bancos.

(Inserir Cidade),

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE SEGURO-DESEMPREGO

Eu, ,

inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF - sob o nº , cargo/emprego público: , DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998[1], 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]

(Inserir Cidade,)

ASSINATURA

[1]Lei 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.

[2]Código 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 DE 24 MESES

Eu, ,

inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF - sob o nº , declaro:

☐ atuei como contratado nos termos da Lei Nº 8745/1993[1] 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 9°, 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. 2 o desta Lei, mediante prévia autorização, conforme determina o art. 5o desta Lei."

(Inserir Cidade,)

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

Eu, , portador (a) do documento de identidade nº , inscrito(a) no CPF sob o nº , residente e domiciliado(a) à , 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 na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) são verdadeiros e autênticos, fiéis 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 24 meses
☐ declaração de parentesco
☐ declaração de acumulação/não acumulação de cargos.

Documentos digitalizados apresentados: (Selecionar apenas os documentos que serão enviados no arquivo.)
☐ Certidão de casamento ou nascimento;
☐ Registro de naturalização (se brasileiro naturalizado);
☐ Carteira de identidade;
☐ CPF;
☐ Comprovante de situação cadastral do CPF;
☐ Passaporte;
☐ Comprovante de residência atual (emitido há no máximo 03 meses);
☐ Diploma / certificado;
☐ Declaração de bens;
☐ 01 foto 3x4**;**
☐ Em caso de PCD, parecer da Junta Médica **(obtido no NASS)**;
☐ Edital de Abertura da Seleção;
☐ Resultado da Seleção;
☐ Carteira de trabalho (CTPS) **OU** declaração própria em que conste essa informação;
☐ Informe de Empresas Vinculadas ao Usuário
☐ Currículo atualizado **com** foto.

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.

(Inserir Cidade,)

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

Eu, , portador (a) do documento de identidade nº , inscrito(a) no CPF sob o nº declaro para os devidos fins:

☐ que <u>não possuo parentesco</u> com agentes públicos da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, ou detentores de cargo em comissão ou função de confiança na UFPE, sendo considerado familiar no termos do art. 2º, III, do Decreto 7.203/2010, o cônjuge, o companheiro ou o parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau (pai, padrasto, mãe, madrasta, avô, bisavô, tio, irmão, sobrinho, filho, enteado, neto,bisneto).

☐ <u>que possuo parentesco</u> com os seguintes agentes públicos da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, detentores de cargo em comissão ou função de confiança, sendo considerado familiar no termos do art. 2º, III, do Decreto 7.203/2010, o cônjuge, o companheiro ou o parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau (pai, padrasto, mãe, madrasta, avô, bisavô, tio, irmão, sobrinho, filho, enteado, neto,bisneto).

NOME COMPLETO	GRAU DE PARENTESCO

(Inserir Cidade,)

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Nome:	**CPF:** 000.000.000-00
Cargo (UFPE):	
E-mail:	**Celular:** ( )
Regime de Trabalho: ☐ 20h ☐ 24h ☐ 25h ☐ 30h ☐ 40h ☐ 40/DE	**Telefone Fixo:** ( )
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 Horária Semanal: ☐ 20h ☐ 24h ☐ 25h ☐ 30h ☐ 40h ☐ 40h/DE ☐ Outra:	
Área 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 ☐ 40h/DE ☐ Outra:	
Área 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 ☐ 40h/DE ☐ Outra:	
Área 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:
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.

(Inserir Cidade),

ASSINATURA

TERMO DE OPÇÃO – AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Nome:	
Cargo na UFPE:	
Lotação na UFPE: **(Departamento/Núcleo)**	**CPF:** **000.000.000-00**

Ciente de que o uso indevido do mesmo e que 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** ☐ **40h/Dedicação Exclusiva**
☐ **Outro:**

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

(Inserir Cidade),

ASSINATURA