



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO DE PROFESSOR SUBSTITUTO, VISITANTE E TEMPORÁRIO**

01 Cópia	Carteira de Identidade
01 Cópia	CIC/CPF
01 Cópia	Certidão de Reservista
01 Cópia	Titulo de Eleitor
01 Cópia	Declaração de Quitação com o Tribunal Regional Eleitoral (TRE) - <b>Não precisa autenticar</b>
Documento	Atestado Médico fornecido pela Junta Médica Oficial da UFS-DIASE
01 Cópia	Diplomas e Históricos
01 Cópia	Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento e CPF do Cônjugue
01 Cópia	Certidão de Nascimento/Casamento e CPF dos dependentes
01 Cópia	Comprovante de Residência - <b>Não precisa autenticar</b>
01 Cópia	*Comprovante de Conta Salário - <b>Não precisa autenticar</b>
01 Cópia	Cartão PIS/PASEP
02 Unidades	Foto ¾
01 Cópia	Visto e Passaporte ( <b>no caso de estrangeiro</b> )

**OBSERVAÇÃO 01:** Apresentar os formulários preenchidos e todas as fotocópias dos documentos autenticadas<sup>1</sup>, exceto comprovante residência, de conta salário e a certidão de quitação eleitoral obtida no site do TRE.

**OBSERVAÇÃO 02:** Agendar, previamente, **no Setor de Saúde Ocupacional (SESAO)**, através do telefone **(79) 3194-7129 / 6590** e/ou e-mail: [sesaoufs@academico.ufs.br](mailto:sesaoufs@academico.ufs.br) ou, para que o médico da UFS emita Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

**OBSERVAÇÃO 03:** Após agendamento com o SESAO, agendar imediatamente, junto a **Divisão de Contratos Temporários de Pessoal (DICONT)**, através do telefone **(79) 3194-7269** e/ou do e-mail: [dicont@academico.ufs.br](mailto:dicont@academico.ufs.br), a entrega da documentação exigida, que somente será aceita com a apresentação do ASO.

**Formulários para Preenchimento:**

01 via	• Ficha Cadastral
01 via	• Termo de Responsabilidade
01 via	• Declaração de Acumulação de Cargo, Emprego, Função Pública ou Proventos (trazer declaração do órgão ao qual está vinculado, constando carga horária semanal e a distribuição da mesma ao longo da semana)
01 via	• Declaração de Bens e Valores
01 via	• Declaração de Dependentes
01 via	• Declaração de Auxílio Alimentação
01 via	• Termo de Opção Auxílio Natalidade/Pré-Escolar
01 via	• Termo de Responsabilidade SEI (Usuário Externo)

<sup>1</sup> As cópias dos documentos deverão ser apresentadas autenticadas ou, caso não tenham sido autenticadas por tabelião, poderão ser apresentadas mediante conferência com os originais por servidor público.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
COORDENAÇÃO DE AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR  
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR  
SETOR DE SAÚDE OCUPACIONAL**

<b>RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS PARA EMISSÃO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL</b> <b>Portaria SRT/MGI nº 4.515, de 26 de junho de 2024</b>		
<b>Hemograma completo com plaquetas-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>VDRL-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>Antígeno Prostático Específico</b> - Cargos: todos os cargos (Homens Acima de 40 anos de idade.)
<b>Colesterol total-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>Machado Guerreiro-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>Uréia-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).
<b>Creatinina-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>Fezes (Parasitológico)-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>Ácido Úrico-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).
<b>Triglicerídeos-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>Glicemia de jejum-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>Urina (Sumário)-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).
<b>Tipagem sanguínea ABO e fator RH-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>TGO-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).	<b>TGP-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades).
<b>Atestado de Sanidade Mental-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades). <b>(Relatório de Médico Psiquiatra de aptidão funcional).</b>		<b>RAIO X DE TÓRAX PA/PERFIL</b> - Cargos: todos os cargos (todas as idades). (apresentar laudo e película)
<b>Audiometria Total das Vias Aéreas-</b> Cargos: Técnicos em Telecomunicação (todas as idades).		<b>Videolaringoscopia-</b> Cargos: Professor Efetivo e Professor Substituto (todas as idades), realizados até 180 dias antes da data de sua apresentação.
<b>ELETROCARDIOGRAMA:</b> Cargos: todos os cargos (idade abaixo de 40 anos).		<b>Eletroencefalograma-</b> Cargos: Eletricista e Operadores de Máquinas e Caldeiras (todas as idades).
<b>TESTE ERGOMÉTRICO:</b> Cargos: todos os cargos (idade acima de 40 anos e para Professor do Departamento de Educação Física de todas as idades).		<b>EXAME OFTALMOLÓGICO-</b> Cargos: todos os cargos (todas as idades). <b>Relatório de Médico oftalmologista de aptidão funcional</b> , realizados até 180 dias antes da data de sua apresentação.
<b>Observação 1:</b> Validade dos exames: Videolaringoscopia e exame oftalmológico: 180 dias; Demais exames: 60 dias.		
<b>Observação 2:</b> Poderão ser solicitados outros exames a depender de avaliação médica durante o exame admissional.		
<b>Observação 3:</b> Os exames somente serão aceitos em sua totalidade e na forma impressa.		

Para agendamento da avaliação médica admissional:

**Setor de Saúde Ocupacional-SESAO**

Telefones: 3194-7129/ 3194-6590

E-mail: sesaoufs@academico.ufs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## FICHA CADASTRAL

<b>NOME/NOME SOCIAL:</b>				
<b>CPF:</b>				
<b>SEXO:</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>DATA NASCIMENTO:</b>		<b>GRUPO SANGUINEO:</b> _____
	<b>FEMININO</b>			<b>FATOR RH:</b> <b>POSITIVO</b> <b>NEGATIVO</b>
<b>NOME DO PAI:</b>				
<b>NOME DA MÃE:</b>				
<b>CIDADE DE NASCIMENTO:</b>		<b>UF:</b>	<b>NACIONALIDADE:</b>	
<b>ESTADO CIVIL:</b>				
<b>COR:</b> <b>BRANCA</b> <input type="checkbox"/> <b>PRETA</b> <input type="checkbox"/> <b>AMARELA</b> <input type="checkbox"/> <b>INDÍGENA</b> <input type="checkbox"/> <b>PARDA</b> <input type="checkbox"/>				
<b>DEFICIENCIA FÍSICA:</b>		<b>ESCOLARIDADE:</b>		<b>TITULAÇÃO:</b>
<b>IDENTIDADE:</b>		<b>ORGÃO EXPEDIDOR:</b>	<b>UF:</b>	<b>DATA/EMISSÃO:</b>
<b>TITULO ELEITORAL:</b>		<b>ZONA:</b>	<b>SEÇÃO:</b>	<b>DATA/EMISSÃO:</b>
<b>COMP.MILITAR Nº:</b>		<b>ORGÃO EXPEDIDOR:</b>	<b>SÉRIE:</b>	<b>DATA/EMISSÃO:</b>
<b>PIS/PASEP Nº:</b>		<b>PASSAPORTE Nº:</b>		<b>DATA 1º EMPREGO:</b>
<b>ENDEREÇO:</b> _____ <b>Nº:</b> _____				
<b>BAIRRO:</b>		<b>MUNICIPIO:</b>		<b>UF:</b>
<b>COMPLEMENTO:</b>		<b>EMAIL:</b>		
<b>TELEFONE:</b>		<b>CELULAR:</b>		
<b>BANCO:</b>		<b>AGENCIA:</b>		<b>CONTA SALÁRIO:</b>
Declaro, para os devidos fins, não ter encerrado contrato por tempo determinado nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, nos termos previstos no Art. 9º, inciso III da Lei 8.745/93. Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade da informação declarada, ciente de que, se falsa, ficarei sujeito(a) às penas da Lei.				
São Cristóvão/SE Data		Assinatura		

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ declaro, para os devidos fins e prova, não ter mantido contrato por tempo determinado com esta instituição nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, estando ciente da vedaçāo constante no edital de professor substituto nº \_\_\_\_\_ do qual sou candidato(a) aprovado(a) e convocado(a), conforme previsto no Art. 9, inciso III da Lei 8.745/93 e na orientaçāo presente no Ofício Circular Nº 12/2025/SEN/COTEN/CGAV/SGA/SGA-MEC.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade da informação declarada, ciente de que, se falsa, não poderei ser cadastrado(a) como professor(a) substituto(a) na Universidade Federal de Sergipe e ficarei sujeito(a) às penas da Lei.

Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

---

Assinatura do(a) candidato(a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO  
PÚBLICA OU PROVENTOS

01-NOME/NOME SOCIAL		02-MATRÍCULA	
03-RG	04-CPF	05-ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA/AV.	06-Nº
07-COMPLEMENTO		08-BAIRRO	09-CIDADE
10-TEL.RESID.	11-TEL.MÓVEL	12-RAMAL (UFS)	13-EMAIL
<p><b>Declaro que:</b> ( ) <b>NÃO exerce</b> nenhum outro cargo, emprego ou função pública, além do que ocupo na UFS.</p> <p><b>Declaro que:</b> ( ) <b>exerce</b> outro cargo, emprego ou função pública (<b>marcada esta opção, favor preencher os campos em anexo</b>)</p>			
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>			
14-Em exercício de cargo de magistério em atividade de ensino: ( ) SIM ( ) NÃO			
15-Se sim, sujeito ao regime de dedicação exclusiva: ( ) SIM ( ) NÃO			
16-No exercício de cargo em comissão ou função de confiança: ( ) SIM ( ) NÃO			
17-Aposentado(a), em disponibilidade, na reserva/reforma remunerada: ( ) SIM ( ) NÃO			
18-Se sim, informar o regime de previdência:			
19-Participa de gerência ou administração de sociedade privada (personificada ou não personificada), possui registro como microempreendedor individual (MEI), empresário individual (EI) ou EIRELE (art. 117, inc. X, da lei 8.112/90): ( ) SIM ( ) NÃO			
<p><b>Estou ciente da regra da proibição de acumulação de cargos, empregos ou funções públicas na União, Estados e Municípios, incluindo-se autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista, salvo as exceções legais. Estou ciente de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico como verdadeira a presente declaração. Estou ciente de que constitui crime prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fatos.</b></p>			
São Cristóvão/SE Data	Assinatura		

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de verificar a existência de acumulação de vínculos e a necessidade de apurar a sua legalidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

# DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA OU PROVENTOS

## ANEXO À DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE VÍNCULOS PÚBLICOS

OBS.: Deverá ser informada a hora inicial e final, por turno (Ex.: 8h-12h).

<b>HORÁRIO NA UFS</b> (preencher com a <b>hora inicial e final, por turno</b> )							
DIAS/HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Manhã							
Tarde							
Noite							

Declaro ocupar o(s) seguinte(s) cargo(s), emprego(s) ou função(s):

CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO (preencher com a hora inicial e final, por turno)							
CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO		ÓRGÃO/EMPRESA			ADMISSÃO		
UNIDADE DE EXERCÍCIO		ENDEREÇO DA UNIDADE					
HORÁRIO							
DIAS/HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Manhã							
Tarde							
Noite							

<b>CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO</b> (preencher com a <b>hora inicial e final</b> , por turno)							
CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO			ÓRGÃO/EMPRESA			ADMISSÃO	
UNIDADE DE EXERCÍCIO			ENDEREÇO DA UNIDADE				
<b>HORÁRIO</b>							
DIAS/HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Manhã							
Tarde							
Noite							
São Cristóvão/SE				Data _____			
				Assinatura _____			

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de verificar a existência de acumulação de vínculos e a necessidade de apurar a sua legalidade



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

## DECLARAÇÃO DE BENS

**Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento**

Cidade Universitária “Prof. José Aloísio de Campos”  
Av. Marcelo Déda Chagas, s/nº - Bairro Rosa Elze – São Cristóvão/SE  
**DICONT - Tel.: (79) 3194-7269**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME/NOME SOCIAL:						
CARGO: PROFESSOR SUBSTITUTO						
<input type="checkbox"/> Nenhum Dependente a declarar						
Declaro que mantendo economicamente as seguintes pessoas, cuja relação de dependência específica abaixo:						
Nome	Relação Parentesco	Data de Nascimento	Benefícios			
			Imposto de Renda		Auxílio Pré-Escolar	
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Observações: Especificar motivos da dependência de maiores de 21 anos						
São Cristóvão/SE		Assinatura				
Data		_____				

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME/NOME SOCIAL:		
CARGO: PROFESSOR SUBSTITUTO		
LOTAÇÃO:		
CARGA HORÁRIA:		
<p><b>SIM</b>, aceito receber o auxílio alimentação.</p> <p><b>Solicito minha inclusão para receber o Benefício Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro Órgão Público, comprometendo-me a utilizá-lo conforme exigência da Legislação, estando ciente de que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, possível de punição nos termos da Lei específica, inclusive com a suspensão do referido benefício.</b></p>		
<p><b>NÃO</b>, declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio alimentação.</p>		
São Cristóvão/SE	Data	Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO NATALIDADE / AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR

Nome/Nome Social: \_\_\_\_\_

Matrícula/SIAPE\*: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cargo: **PROFESSOR SUBSTITUTO**

Lotação: \_\_\_\_\_

Carga Horária: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**SIM**, aceito receber os auxílios natalidade e/ou pré-escolar.

**Solicito minha inclusão para receber o Auxílio Natalidade e/ou o Auxílio Pré-Escolar, por não receber idêntico benefício em outro Órgão Público Federal, comprometendo-me a utilizá-lo conforme exigência da Legislação (Art. 196 da Lei nº 8.112/90 e Decreto nº 977/93), estando ciente de que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da Lei específica, inclusive com a suspensão do referido benefício.**

Marque a(s) opção(ões) que deseja receber:

**AUXÍLIO NATALIDADE**

**AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR**

**NÃO**, declaro para os devidos fins que não desejo receber os auxílios **natalidade e pré-escolar**.

São Cristóvão/SE	
Data	Assinatura

\*Obs.: Campo de preenchimento pela UFS

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE SEI (USUÁRIO EXTERNO)**

A realização do cadastro como Usuário Externo no SEI da UFS importará na aceitação de todos os termos e condições que regem o processo eletrônico, conforme Decreto no 8.539, de 8 de outubro de 2015, e demais normas aplicáveis, admitindo, como válida, a assinatura eletrônica na modalidade cadastrada (login/senha), tendo como consequência a responsabilidade pelo uso indevido das ações efetuadas, as quais serão passíveis de apuração civil, penal e administrativa. Ainda, declaro que são de minha exclusiva responsabilidade:

I – Utilizar as credenciais de acesso (usuário e senha) de forma pessoal e intransferível,

II – A observância de que os atos processuais em meio eletrônico se consideram realizados no dia e na hora do recebimento pelo SEI, sendo tempestivos os atos praticados até as 23 horas e 59 minutos e 59 segundos do último dia do prazo, considerado sempre o horário oficial de Brasília, independentemente do fuso horário em que se encontre o usuário externo;

IV – As condições de sua rede de comunicação, o acesso a seu provedor de internet e a configuração do computador utilizado nas transmissões eletrônicas.

<b>Nome:</b>	
<b>RG:</b>	<b>Emissor:</b>
<b>CPF:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Local:</b>	<b>Data:</b>



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## BANCOS CREDENCIADOS

BANCO	SIGLA
BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S/A	BANCOOP
BANCO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL S/A	BANRISUL
BANCO DO BRASIL S/A	BB
BANCO BRADESCO S/A	BRADESCO
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	CEF
HSBC BANK BRASIL S/A	HSBC
BANCO MÚTIPLO E ITAU UNIBANCO S/A	ITAU
BANCO SANTANDER (BRASIL) S/A	SANTANDER
BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A	SICREDI

**\*Observação 01:** Conforme Ofício Circular nº 170/2016-MP (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), de 15 de fevereiro de 2016, os pagamentos da remuneração, proventos e benefícios serão feitos exclusivamente em instituições bancárias credenciadas acima.

**\*Observação 02:** As contas salários abertas deverão ser vinculadas ao CNPJ nº 13.031.547/0001-04.

**\* Observação 03:** As contas salários abertas na Caixa Econômica Federal (CEF) deverão ser vinculadas ao CNPJ nº 00.489.828/0010-46.