



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**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	Título 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 Cônjuge
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 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>
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 SESAOU, 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 ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR  
DIVISÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA E MEDICINA DO TRABALHO**

<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> Todos os cargos Todas as idades	<b>VDRL</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>TGP</b> Todos os cargos Todas as idades
<b>Colesterol total</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>Machado Guerreiro</b> ou <b>Doença de Chagas IgG</b> ou <b>Sorologia para Doença de Chagas</b> ou <b>Anticorpo IgG Anti</b> ou <b>Tripanossoma Cruzi</b> ou <b>Tripanossoma Cruzi IgG</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>RAIO X DE TÓRAX PA/PERFIL</b> Todos os cargos Todas as idades <b>(apresentar laudo e película)</b>
<b>Creatinina</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>Parasitológico de Fezes( EPF)</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>Videolaringoscopia</b> Cargos: Professor Efetivo/Professor Substituto/Visitante Todas as idades
<b>Triglicerídeos</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>Glicemia de jejum</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>Eletroencefalograma</b> Cargos: Eletricista e Operadores de Máquinas e Caldeiras Todas as idades
<b>Tipagem sanguínea ABO e fator RH</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>TGO</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>EXAME OFTALMOLÓGICO</b> Todos os cargos Todas as idades <b>(Relatório de Médico Especialista em Oftalmologia com RQE)</b>
<b>Atestado de Sanidade Mental</b> Todos os cargos Todas as idades <b>(Relatório de Médico Especialista em Psiquiatria com RQE).</b>	<b>Antígeno Prostático Específico</b> Homens com idade acima de 40 anos Todos os cargos	<b>Sumário de Urina</b> Todos os cargos Todas as idades
<b>Audiometria Total das Vias Aéreas</b> Cargos: Técnicos em Telecomunicação Todas as idades	<b>Uréia</b> Todos os cargos Todas as idades	<b>TESTE ERGOMÉTRICO</b> Todos os cargos(idade <b>acima de 40 anos</b> ) Todas as idades(cargo Prof. educação física)
<b>ELETROCARDIOGRAMA</b> Todos os cargos(idade <b>abaixo de 40 anos</b> )	<b>Ácido Úrico</b> Todos os cargos Todas as idades	

## Observações:

1-Validade dos exames:

**Videolaringoscopia e exame oftalmológico:** realizado em até 180 dias anteriores à data de sua apresentação.

**Demais exames:** 60 dias anteriores à data de sua apresentação;

2- Exames complementares:

Poderão ser solicitados exames complementares a critério da avaliação médica durante o exame admissional;

3- Apresentação dos exames:

No ato da avaliação médica admissional, somente serão aceitos os exames em sua totalidade e na forma impressa.

✓ **Para agendamento da avaliação médica admissional:**

Entrar em contato com a Divisão do Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho-DSESMT/CASS/UFS, através dos contatos:

Telefones: 3194-7129/ 3194-6590

E-mail: [sesaoufs@academico.ufs.br](mailto:sesaoufs@academico.ufs.br)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## FICHA CADASTRAL

NOME/NOME SOCIAL:						
CPF:						
SEXO:	MASCULINO	DATA NASCIMENTO:	GRUPO SANGUINEO: _____			
	FEMININO		FATOR RH: POSITIVO NEGATIVO			
NOME DO PAI:						
NOME DA MÃE:						
CIDADE DE NASCIMENTO:		UF:	NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:		
COR: BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> PARDA						
DEFICIENCIA FÍSICA:		ESCOLARIDADE:		TITULAÇÃO:		
IDENTIDADE:		ORGÃO EXPEDIDOR:	UF:	DATA/EMISSÃO:		
TITULO ELEITORAL:		ZONA:	SEÇÃO:	DATA/EMISSÃO:	UF:	
COMP.MILITAR Nº:		ORGÃO EXPEDIDOR:	SÉRIE:	DATA/EMISSÃO:		
PIS/PASEP Nº:		PASSAPORTE Nº:		DATA 1º EMPREGO:		
ENDEREÇO:				Nº		
BAIRRO:		MUNICIPIO:	UF:	CEP:		
COMPLEMENTO:			EMAIL:			
TELEFONE:			CELULAR:			
BANCO:		AGENCIA:		CONTA SALÁRIO:		
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 vedação 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 orientação 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 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	
<b>Declaro que: ( ) NÃO exerço</b> nenhum outro cargo, emprego ou função pública, além do que ocupo na UFS. <b>Declaro que: ( ) exerço</b> outro cargo, emprego ou função pública (marcada esta opção, favor preencher os campos em anexo)				
<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				
<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>				
São Cristóvão/SE				
Data		_____		
		Assinatura		



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).

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

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

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							

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							

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							

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 DEPENDENTES

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

## 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 encontra 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 MÚTIPLA 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.