UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

CÓPIAS	**DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO**	
	01 (uma)	PIS/PASEP;
	01 (uma)	Carteira de Identidade e CPF;
	01 (uma)	Título de Eleitor e Certidão de Quitação Eleitoral;
	01 (uma)	Certidão de Reservista;
	01 (uma)	Comprovante de Residência **(Não precisa autenticar);**
	01 (uma)	Comprovante de Conta Salário **(Não precisa autenticar)**;
	01 (uma)	Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento e CPF do Cônjuge;
	01 (uma)	Certidão de Nascimento/Casamento e CPF dos dependentes;
	02 (duas)	Fotos ¾;
	01 (uma)	Registro no Conselho Regional da Categoria e Certidão de quitação **(De acordo com a exigência do cargo);**
	TÉCNICO-ADMINISTRATIVO	
	01 (uma)	Diplomas e Certificados Escolares com os Históricos, **de acordo com a exigência do Edital**;
	DOCENTE	
	01 (uma)	Diplomas, de acordo com a exigência do Edital, com os respectivos Históricos
	Entregar Diploma da Titulação exigida no edital do concurso no prazo máximo de 20 (vinte) dias corridos, a partir da publicação da Portaria de Nomeação no Diário Oficial da União.	

INFORMAMOS QUE OS FORMULÁRIOS EM ANEXO SÃO EDITÁVEIS. CASO PREFIRA PREENCHÊ-LOS DE PRÓPRIO PUNHO, SOLICITAMOS QUE SEJA FEITO COM LETRA DE FORMA.
01 (uma) Ficha Cadastral
01 (uma) Declaração de Acumulação de Cargos **(Apresentar uma Declaração com a distribuição da carga horária no órgão vinculado)**
01 (uma) Declaração de Acumulação de Proventos **(Apresentar documento de concessão do benefício)**
01 (uma) Declaração de Dependentes **(Apresentar o CPF dos dependentes)**
01 (uma) Declaração de Bens
02 (dois) Formulários de Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física
01 (uma) Declaração de Auxílio Alimentação
01 (um) Termo de Opção Auxílio Natalidade/Pré-Escolar
01 (um) Formulário do Plano de Previdência Complementar-Execprev
01 (uma) Declaração de Vínculo no SIAPE
01 (uma) Declaração de Não Beneficiário do Seguro Desemprego
01 (um) Visto e Passaporte **(No caso de Estrangeiro)**

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

OBSERVAÇÃO 02: Agendar, previamente, junto a Divisão do Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho - DSESMT/CASS/UFS, através do telefone: **(79) 3194-7129/6590** e/ou do e-mail: **sesaoufs@academico.ufs.br**, a entrega dos exames e relatórios médicos para que o médico da UFS emita Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

OBSERVAÇÃO 03: Após agendamento com o DSESMT, agendar imediatamente, junto a **Divisão de Recrutamento e Seleção de Pessoal - DIRESP**, através do telefone: **(79) 3194-6442/6518** e/ou do e-mail: **concursos@academico.ufs.br**, a entrega da documentação exigida, que somente será aceita com a apresentação do ASO.

[1] 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

RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS PARA EMISSÃO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL **Portaria SRT/MGI nº 4.515, de 26 de junho de 2024**		
Hemograma completo com plaquetas Todos os cargos Todas as idades	**VDRL** Todos os cargos Todas as idades	**TGP** Todos os cargos Todas as idades
Colesterol total Todos os cargos Todas as idades	**Machado Guerreiro/Doença de Chagas IgG/Sorologia para Doença de Chagas/Anticorpo IgG Anti/Tripanossoma Cruzi/Tripanossoma Cruzi IgG** Todos os cargos Todas as idades	**Uréia** Todos os cargos Todas as idades
Creatinina Todos os cargos Todas as idades	**Parasitológico de Fezes (EPF)** Todos os cargos Todas as idades	**Ácido Úrico** Todos os cargos Todas as idades
Triglicerídeos Todos os cargos Todas as idades	**Glicemia de jejum** Todos os cargos Todas as idades	**Sumário de Urina** Todos os cargos Todas as idades
Tipagem sanguínea ABO e fator RH Todos os cargos Todas as idades	**TGO** Todos os cargos Todas as idades	**Raio X de Tórax PA/PERFIL** Todos os cargos Todas as idades **(apresentar laudo e película)**

Atestado de Sanidade Mental Todos os cargos Todas as idades **(Relatório de Médico Especialista em Psiquiatria com RQE)**.	**Exame Oftalmológico** Todos os cargos Todas as idades **Validade:** realizado em até 180 dias antes da data de sua apresentação. **(Relatório de Médico Especialista em Oftalmologia com RQE)**
Eletrocardiograma Todos os cargos (idade abaixo de 40 anos)	**Antígeno Prostático Especifico** Todos os cargos Homens com idade acima de 40 anos
Teste Ergométrico Todos os cargos (idade acima de 40 anos) Professor do Departamento de Educação Física (todas as idades)	**Videolaringoscopia** Cargos: Professor Efetivo/Professor Substituto Todas as idades **Validade:** realizado em até 180 dias antes da data de sua apresentação.
Audiometria Total das Vias Aéreas Cargos: Técnicos em Telecomunicação Todas as idades	**Eletroencefalograma** Cargos: Eletricista e Operadores de Máquinas e Caldeiras Todas as idades

Observação 1: Validade dos exames e relatórios Videolaringoscopia e exame oftalmológico: **180 dias**; Demais exames e relatórios: **60 dias**.
Observação 2: Poderão ser solicitados exames complementares a depender de avaliação médica durante a avaliação médica admissional.
Observação 3: No ato da avaliação médica admissional, somente serão aceitos os exames em sua totalidade e na forma impressa.

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

Divisão do Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho - DSESMT/CASS/UFS

Telefones: 3194-7129/ 3194-6590
E-mail: 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** ◯ **PRETA** ◯ **AMARELA** ◯ **INDÍGENA** ◯ **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:**			
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 ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO

01-NOME/NOME SOCIAL			02-MATRÍCULA
03-RG	04-CPF	05-ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA/AV.	06-N°
07-COMPLEMENTO		08-BAIRRO	09-CIDADE
10-TEL.RESID.	11-TEL.MÓVEL	12-RAMAL (UFS)	13-EMAIL

Declaro que: ☐ **não exerço** nenhum outro cargo, emprego ou função, além do que ocuparei na UFS.

Declaro que: ☐ **atualmente exerço** outro cargo, emprego ou função, mas, em caso de posse, me desligarei do meu atual vínculo, conforme Declaração de Compromisso de Regularização de Vínculos para Cargos Não Acumuláveis.

Declaro que: ☐ **exerço** outro cargo, emprego ou função, além do que ocuparei na UFS (**marcada esta opção, favor preencher os campos em anexo**).

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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.

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 OU FUNÇÃO

ANEXO À DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE VÍNCULOS PÚBLICOS E PRIVADOS

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 COMPROMISSO DE REGULARIZAÇÃO DE VÍNCULOS PARA CARGOS NÃO ACUMULÁVEIS

Eu,_____, _____, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, residente e domiciliado(a) na _____, **declaro** para os devidos fins que, em caso de posse no cargo de _____ na Universidade Federal de Sergipe, me comprometo a apresentar à Instituição, no prazo de 10 dias, documento comprobatório de regularização da acumulação de vínculos, de forma a não acumular cargos, empregos ou funções, nem a prestar serviços a entidades ou órgãos públicos da Administração Pública, direta ou indireta, fora das hipóteses constitucionalmente permitidas.

Estou ciente que a falsidade das informações prestadas me sujeitará às sanções cominadas na legislação vigente.

São Cristóvão/SE, _____.

_____

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 PROVENTOS

NOME/NOME SOCIAL:			
Percebe qualquer **PENSÃO** paga pela Administração Pública**?**			**SIM** ☐ **NÃO** ☐
Requereu qualquer **PENSÃO** na Administração Pública**?**			**SIM** ☐ **NÃO** ☐
ÓRGÃO/ENTIDADE	**NATUREZA (Temporária/Vitalícia)**	**Data de Inicio da concessão do beneficio**	**NOME DO INSTITUIDOR DA PENSÃO**
GRAU DE PARENTESCO COM O INSTITUIDOR DE PENSÃO:			
ANEXAR COMPROVANTE DE DEPENDENCIA ECONOMICA APRESENTADO NA DATA DO ÓBITO DO INSTITUIDOR			
APOSENTADO (A), EM DISPONIBILIDADE, OU NA RESERVA/REFORMA REMUNERADA?			SIM ☐ NÃO ☐
ÁREA DE ATUAÇÃO DO CARGO QUE ORIGINOU A APOSENTADORIA	**SAÚDE** ☐ **MAGISTÉRIO** ☐ **OUTRO** ☐ Qual?		

CARGO QUE ORIGINOU A APOSENTADORIA	DATA DE VIGENCIA	CARGA HORÁRIA	ESCOLARIDADE DO CARGO	ÓRGÃO/ENTIDADE	UF

FUNDAMENTO LEGAL:

QUAL O REGIME DE PREVIDÊNCIA:

Estou ciente do que diz o § 3º da Lei nº 8.112/90, transcrito abaixo:

"§ 3º Considera-se acumulação proibida a percepção de vencimento de cargo ou emprego público efetivo com proventos da inatividade, salvo quando os cargos de que decorram essas remunerações forem acumuláveis na atividade. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)"

Declaro, ainda, ter consciência de que constitui crime, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que, a penalidade aplicada no seu descumprimento varia de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

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 DEPENDENTES

NOME/NOME SOCIAL:

CARGO:

☐ Nenhum Dependente a declarar

Declaro que mantenho economicamente as seguintes pessoas, cuja relação de dependência específica abaixo:

Nome	Relação Parentesco	Data de Nascimento	Benefícios					
			Imposto de Renda		Auxilio Pré-Escolar		Acompanhamento de pessoa da família	
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observações: Especificar motivos da dependência de maiores de 21 anos

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 BENS

NOME/NOME SOCIAL:	
CARGO:	
☐ Nomeado para o exercício de cargo Efetivo ☐ Nomeado para o exercício de Professor Temporário ☐ Ocupante cargo de Direção/Função Gratificada ☐ Exoneração ☐ Aposentadoria	
☐ Nenhum bem a declarar	
Declaro, de acordo com a Lei, que possuo os seguintes bens e valores	
DISCRIMINAÇÃO DOS BENS E VALORES	**VALOR: R$**
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

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FÍSICA

(Duas vias)

DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR		
NOME/NOME SOCIAL:		
MATRÍCULA SIAPE*:	CPF:	
CARGO/FUNÇÃO:	CÓDIGO*:	
UNIDADE DE LOTAÇÃO:	RAMAL:	

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins do cumprimento à exigência contida no §4º do art. 13 da Lei nº 8.429, de 1992, o acesso às declarações anuais apresentada à Secretaria da Receita Federal do Brasil, com as respectivas retificações, tendo em vista o disposto no §2º do art. 3º do Decreto nº 5.483, de 30 de junho de 2005.

São Cristóvão/SE, ___ de _____ de _____.

_____

ASSINATURA

Código do cargo ou Função*:

*Obs.: Campos 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
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME/NOME SOCIAL:
CARGO:
LOTAÇÃO:
CARGA HORÁRIA:
◯ **SIM**, aceito receber o auxílio alimentação. **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 (Decreto nº 3.887/01 e Ofício Circular nº 3/SRH/MP de 2002), 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 especifica, inclusive com a suspensão do referido beneficio.**
◯ **NÃO**, declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio alimentação.

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: _____

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

PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR-EXECPREV

Prezado (a) Servidor (a),

1. Considerando a publicação da ***Lei nº 13.183, de 04 de novembro de 2015***, a partir de 05 de novembro de 2015 aqueles que ingressarem em cargo público efetivo da União, suas autarquias e fundações, com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benéficos do Regime Geral de Previdência Social, atualmente no valor de R$ 8.475,55 (oito mil, quatrocentos e setenta e cinco reais e cinquenta e cinco centavos), serão automaticamente inscritos no plano de previdência complementar ExecPrev desde a data de sua entrada em exercício.

2. Em caso de dúvidas por parte dos servidores, os órgãos deverão orientá-los a procurar um dos canais de atendimento da Funpresp-Exe (www.funpresp.com.br/portal/ ou 0800 282 6794).

Ciente, São Cristóvão/SE,

_____

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 VÍNCULO NO SIAPE*

SIM ☐ **NÃO** ☐

NOME/NOME SOCIAL:	
INSTITUIÇÃO DO VÍNCULO:	
CARGO:	
MATRÍCULA:	**DATA DE DESLIGAMENTO:**

Estou ciente, também, que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração e verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa de criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.	
São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

* Informar mesmo que não tenha sido vínculo empregatício. Exemplo: Bolsista, Médico Residente, etc.

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 NÃO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DESEMPREGO

Eu, , inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob o nº , nomeado para o Cargo/Emprego Público: , declaro, conforme previsto no **art. 24 da Lei nº 7.998, 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.**

São Cristóvão/SE, ____ de _____ de _____.

_____
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

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
BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A	SICREDI
HSBC BANK BRASIL S/A	HSBC
BANCO MÚTIPLO E ITAU UNIBANCO S/A	ITAU
BANCO SANTANDER (BRASIL) S/A	SANTANDER
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL [03]	CEF

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.