



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) - Não precisa autenticar
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 - Não precisa autenticar
01 Cópia	*Comprovante de Conta Salário - Não precisa autenticar
01 Cópia	Cartão PIS/PASEP
02 Unidades	Foto ³ / ₄
01 Cópia	Visto e Passaporte (no caso de estrangeiro)

OBSERVAÇÃO 01: Apresentar os formulários preenchidos e todas as fotocópias dos documentos autenticadas¹, exceto comprovante 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 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 a DSESMT, 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, 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)

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 (<u>idade abaixo de 40 anos</u>)	Antígeno Prostático Específico Todos os cargos <u>Homens com idade acima de 40 anos</u>	
Teste Ergométrico Todos os cargos (<u>idade acima de 40 anos</u>) 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	



**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**

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/EMIÇÃO:
TÍTULO ELEITORAL:		ZONA:	SEÇÃO:	DATA/EMIÇÃO: UF:
COMP.MILITAR Nº:		ORGÃO EXPEDIDOR:	SÉRIE:	DATA/EMIÇÃO:
PIS/PASEP Nº:		PASSAPORTE Nº:	DATA 1º EMPREGO:	
ENDEREÇO:				Nº
BAIRRO:		MUNICÍPIO:	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		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**

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	
Declaro que: ☐ NÃO exerço nenhum outro cargo, emprego ou função pública, além do que ocupo na UFS.				
Declaro que: ☐ exerço outro cargo, emprego ou função pública (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		



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								
☐ 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		Auxílio 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			Assinatura					
Data								



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME/NOME SOCIAL:	
CARGO: PROFESSOR SUBSTITUTO	
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, 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.	
☐ NÃO , declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio alimentação.	
São Cristóvão/SE Data	 Assinatura



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.

Nome:	
RG:	Emissor:
CPF:	E-mail:
Local:	Data:



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 MÚLTIPLO 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.