



Santarém, 14 de fevereiro de 2017.

Prezado(o) Sr(a).

O Pró-Reitor de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Oeste do Pará **CONVOCA** V. Sa., para comparecer na Sala 539, 5º andar – Lado B, do Campus Amazônia da UFOPA, Av. Mendonça Furtado, nº 2946, Bairro Caranazal, no período de **14 de fevereiro a 07 de março de 2017, no horário de 9 h às 11 h e das 15h às 17h**, munido(a) dos documentos e formulários em anexo a fim de entregar para fins de posse no cargo de Professor do Magistério Superior.

A Coordenação de Admissão de Pessoal/DGDP/Progep fará todos os atendimentos referentes ao seu ingresso na Instituição e o cumprimenta pela excelente aprovação que V. Sa. obteve em nosso último concurso público de provas e título para o cargo de Docente e a tão esperada convocação para assumir o cargo público.

Agora, o sr/a deverá organizar-se para as próximas etapas antes de posse:

1 – Habilitação para a posse:

Organizar toda a documentação exigida no edital para o qual prestou concurso público, além das especificadas no anexo de sua Convocação. Realizar os *exames médicos* indicados e ser periciado/a pelo Médico Perito Oficial indicado também por este órgão.

Ressaltamos que, **antes da posse, todos os candidatos convocados devem ser avaliados pela perícia médica oficial**, neste sentido, solicitamos que, após a conclusão dos exames médicos exigidos, **entrem em contato** com a **Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida** pelo telefone **(93) 2101 – 6535 e/ou e-mail siasstapajos@ufopa.edu.br**, a fim de agendar a **perícia médica**.

2 – Posse do cargo público:

A posse será dada na Reitoria da Ufopa no dia **14/03/2017 (Terça-feira)** aos candidatos que entregarem a documentação completa à **Coordenação de Admissão de Pessoal** até o dia **07/03/2017 (Terça-feira)**.

Os candidatos que estiverem de posse de toda documentação devem agendar previamente a apresentação dos mesmos, por meio dos telefones (93) 2101 7603.

Em caso de impossibilidade, a posse no cargo público poderá ser feita por seu representante legal, desde que este tenha plenos poderes para tal, certificado em cartório. No ato da posse, deverá informar o dia em que almeja para entrar em exercício, considerando o prazo de 15 (quinze) dias a contar da assinatura de seu Termo de Posse.

3 – O ingresso no exercício do cargo público:



Munido do memorando de exercício, deverá apresentar-se na Unidade de lotação até o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos após a data de posse, a qual, respectivamente irá informar a esta coordenação o dia efetivo em que o servidor iniciou suas atividades laborais. Somente após esse procedimento, o processo de nomeação seguirá ao setor de cadastro para inserção de seus dados no Sistema Integrado de Administração de Pessoal o qual irá fornecer sua **matrícula Siape**, bem como demais acesso aos sistemas da Ufopa.

Atenção: Solicitamos que todos que tenham alguma dúvida, ou documentação divergente à solicitada que **nos procure antes dos últimos 10 dias para finalizar o período de entrega da documentação**, para que os documentos sejam devidamente analisados pelo setor competente. Informamos igualmente, que a posse somente será concedida ao convocado que apresentar na integra todos os documentos solicitados.

Em caso de **acumulação de cargo ou proventos**, o/a nomeado/a deverá informar esta situação no ato da posse para respectiva análise situacional.

Orientamos a todos os nomeados que pretendem fazer parte do quadro de servidores da Ufopa e que ainda pertencem a outro órgão que, verifique a possibilidade de acumulação ou não de cargos públicos, bem como resolver suas respectivas situações de desligamento de outros cargos, empregos ou funções públicas antes dos últimos dez dias para a posse.

Não nos responsabilizamos pelas informações inexatas que o nomeado vier a prestar ou declarar na posse, correndo o risco de serem auditados futuramente.

Em caso de **desistência do cargo** é necessário o preenchimento do **Anexo IV** e seu encaminhamento a esta coordenação para as devidas providências.

Atenciosamente,

Adrya Leticia Pantoja Paiva de Sousa
Coordenadora de Admissão de Pessoal
Portaria nº 1.518, de 26/6/2014 - Ufopa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

ANEXO I

CANDIDATOS NOMEADOS

Nº	Nome/ Classificação	Classe/ Denominação/CH	Área/Subárea
01	ANA CARLA DOS SANTOS GOMES – 1º	ADJUNTO/A	GEOCIÊNCIA/ METEOROLOGIA APLICADA
02	ANTONIO ALESSANDRO DE JESUS BRAGA – 1º	ASSISTENTE/ A	GEOCIÊNCIAS/ GEOTECTÔNICA E GEOLOGIA
03	ANTÔNIO CARLOS DE SIQUEIRA NETO – 1º	ASSISTENTE/ A	GEOCIÊNCIAS/ GEOFÍSICA E GEOMAGNETISMO
04	CHRISTIANE DO NASCIMENTO MONTE – 1º/COTA RACIAL	ASSISTENTE/ A	GEOCIÊNCIAS/ GEOLOGIA AMBIENTAL E HIDROGEOLOGIA
05	EDUARDO SOARES NUNES- 1º	ASSISTENTE A	ANTROPOLOGIA/ TEORIA ANTROPOLÓGICA
06	EMANUELE NASCIMENTO DE OLIVEIRA SACRAMENTO – 1º	ASSISTENTE A	DIREITO/ DIREITO PRIVADO
07	ERICA DA SOLIDADE CABRAL – 1º	ASSISTENTE/ A	GEOCIÊNCIAS/ METALOGENIA E PROSPECÇÃO MINERAL
08	FELIPE HOLANDA DOS SANTOS – 1º	ASSISTENTE/ A	GEOCIÊNCIAS/ PETROLOGIA E GEOLOGIA REGIONAL
09	GABRIELA BIANCHI DOS SANTOS – 1º	ADJUNTO/A	FARMÁCIA/ QUÍMICA FARMACÊUTICA
10	GEIZE CAROLINNE CORREIA ANDRADE OLIVEIRA- 1º	ASSISTENTE/ A	GEOCIÊNCIAS/ GEOLOGIA E PALEONTOLOGIA ESTRATIGRÁFICA
11	JULIANA GAGNO LIMA – 1º	ASSISTENTE A	SAÚDE COLETIVA/ SAÚDE PÚBLICA II
12	JULIANA GARRIDO DAMASCENO/ 1º	ASSISTENTE/ A	GEOCIÊNCIA/ GEOFÍSICA APLICADA
13	LUCAS VAZ PERES – 1º	ADJUNTO/A	GEOCIÊNCIAS/METEOROLOGIA
14	RUI MASSATO HARAYAMA – 1º	ASSISTENTE/A	SAÚDE COLETIVA/ ÉTICA
15	THEOMAR TRINDADE DE ARAÚJO TIBURTINO NEVES- 1º	ADJUNTO/A	GEOCIÊNCIAS/ METEOROLOGIA FÍSICA
16	ZORAIDA ROXANA TEJADA SOTO – 1º	ASSISTENTE/ A	GEOFÍSICA/ GEOFÍSICA E SISMOLOGIA



ANEXO II

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO

Somente será habilitado para a posse, o candidato que apresentar toda a documentação exigida para o cargo e especificada nesta instrução. Casos omissos serão analisados para posterior autorização ou não de posse

Documentos a serem entregues pelo nomeado/a (original e duas cópias ou fotocópias autenticadas em cartório):

- Laudo médico pericial (*ligar para o telefone (93) 2101 – 6535 para obter informações sobre agendamento do exame médico*);
- Registro Geral/Carteira de Identidade; se for estrangeiro apresentar Registro Nacional de Estrangeiro;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF) com comprovante de Situação Cadastral junto à Receita Federal disponível em (www.receita.fazenda.gov.br);
- Certidão de nascimento ou casamento;
- Comprovante de quitação com o Serviço Militar (reservista), para candidatos do sexo masculino, dispensado no caso de estrangeiro;
- Título de eleitor; dispensado no caso de estrangeiro;
- Certidão de Quitação Eleitoral obtida em qualquer Cartório Eleitoral e também pela Internet: www.tse.jus.br – uma via ou comprovantes das duas últimas votações eleitoral;
- Cartão do PIS/PASEP ou outro documento que comprove seu número de inscrição no PASEP. Se for seu primeiro emprego, vir com antecedência à Coordenação de Admissão de Pessoal e solicitar Ofício de encaminhamento ao Banco para realizar seu registro antes da Posse. *Não poder ser substituído pelo NIT*;
- Carteira de Trabalho e Previdência Social, folhas de identificação, qualificação civil e os contratos de trabalho. Em caso de não possuir nenhum contrato assinado, fotocopiar as primeiras duas folhas de contrato.
- Passaporte com visto de permanência (**se for estrangeiro**);
- Nº de conta bancária (cópia do cartão ou outro comprovante onde conste o número da Conta e Agência). Somente serão aceitos conta salário dos bancos: Obs.: Não serão aceitas contas conjuntas, corrente, poupança ou em nome de terceiros. Somente **CONTA-SALÁRIO**;
- Comprovante de residência – conta de energia, água, telefone ou contrato de locação;
- Registro no Conselho competente, se exigido no edital;
- Diploma de Graduação ou na Especialidade exigida no edital junto com o histórico escolar, para os cargos de nível superior (se este não estiver exatamente de acordo com o exigido no edital, solicitar



análise prévia);

- Certificado de Ensino Médio ou Ensino Técnico ou Profissionalizante, caso for exigido no edital do concurso público (se este não estiver exatamente de acordo com o exigido no edital, solicitar análise prévia);
- Fotografia 3x4– 01 (uma) recente

Documentação fora do padrão solicitado será devidamente analisada antes da autorização para a posse.

Documentos para cadastrar dependentes (original e uma cópia):

- Certidão de Nascimento (para filhos e pais não casados civilmente) e CPF;
- Certidão de casamento ou União Estável se for cônjuge/companheiro (ou pais) e CPF;
- Outros documentos solicitados no anexo VI.

Formulários e Declarações a serem entregues no momento na posse:

- Protocolo de demissão ou destituição de cargo/emprego ou função pública, informando a data em que será desligado;
- Declaração de acumulação de cargos (no caso de acumulação licita de cargos/empregos/ funções públicas ou em caso de atividade como autônomo ou particular, deverá apresentar declaração do setor de RH do órgão ao qual possui vínculo discriminando a espécie do cargo, a carga horária semanal e jornada de trabalho (horário de entrada e saída), bem como cópia do ato de nomeação/contratação;
- Formulários nos anexos de V a XIV;
- Solicitamos que os formulários sejam preenchidos preferencialmente digitalizado



ANEXO III

EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA FAZER A PERÍCIA MÉDICA

Os exames médicos e o laudo expedido na perícia deverão ser entregues no ato da posse, juntamente com o restante dos documentos exigidos.

Laudos Médicos: a ser fornecida pelo médico perito, sendo que para obter o referido laudo, o interessado deverá estar de posse dos exames descritos abaixo:

- Laudo de sanidade mental emitido por psiquiatra registrado no Conselho Regional de Medicina **(Val: 6 meses)**;
- Atestado emitido por Otorrinolaringologista com laringoscopia e audiometria tonal **(Val: 6 meses)**; Somente para o cargo de **Professor Magistério Superior**
- RX de toráx em PA e Perfil com laudo **(Val: 6 meses)**;
- RX de coluna (cervical, torácica e lombo-sacra) em AP e perfil com laudo **(Val: 6 meses)**;
- Eletrocardiograma com Laudo Médico **(Val: 6 meses)**;
- Tipagem sanguínea **(Val: 2 meses)**;
- Hemograma completo **(Val: 2 meses)**;
- Glicose **(Val: 2 meses)**;
- Colesterol total/HDL/LDL/VLDL **(Val: 2 meses)**;
- Triglicerídios **(Val: 2 meses)**;
- Uréia **(Val: 2 meses)**;
- Creatinina **(Val: 2 meses)**;
- Ácido úrico **(Val: 2 meses)**;
- TGO/TGP/Gama GT **(Val: 2 meses)**;
- Sumário de urina (E.A.S) **(Val: 2 meses)**;
- Citologia cervical para candidatos do *sexo feminino* **(Val: 6 meses)**;
- PSA livre/total para candidatos do *sexo masculino* com idade igual ou superior a 45 anos **(Val: 6 meses)**;
- Mamografia para candidatos do *sexo feminino* com idade igual ou superior a 45 anos **(Val: 6 meses)**;
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes para candidatos com idade igual ou superior a 50 anos **(Val: 2 meses)**;
- O candidato aprovado na condição de Pessoa com Deficiência (PCD) deverá, obrigatoriamente, apresentar laudo médico de especialista em sua área de deficiência (original ou fotocópia autenticada em cartório) atestando a espécie, grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID) vigente, bem como a provável causa da deficiência, de acordo com a lei. **(Val: 12 meses)**

Todos os exames médicos correrão por conta do nomeado e poderão ser feitos em qualquer laboratório do país.



O ***Laudo Médico Psiquiátrico*** deverá ser laudo descritivo e conclusivo de consulta médica psiquiátrica realizada por médico especialista (psiquiatra), conforme o Modelo abaixo.

Modelo de Laudo Conclusivo e Descrito de Avaliação Psiquiátrica

Atesto, para os devidos fins, que o(a) candidato(a) _____ portador do documento de identificação: _____, examinado por mim nesta data, apresenta as seguintes condições psíquicas:

- Consciência: _____
- Orientação: _____
- Atenção: _____
- Pensamento (curso, forma e conteúdo): _____
- Memória: _____
- Sensopercepção: _____
- Humor/Afeto: _____
- Cognição/Inteligência: _____
- Linguagem: _____
- Juízo crítico: _____
- Uso ou não de medicamentos psicotrópicos (psicofármacos) _____

Conclusão: _____

(Cidade - UF), _____ de _____ de 20__.
Atenciosamente,

Assinatura Legível do Profissional com número do CRM
e informação de ser especialista em Psiquiatria

LEI 8.112/90

Art. 14 – A posse em cargo público dependerá de prévia inspeção médica oficial.

Parágrafo Único: Só poderá ser empossado aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

ANEXO IV

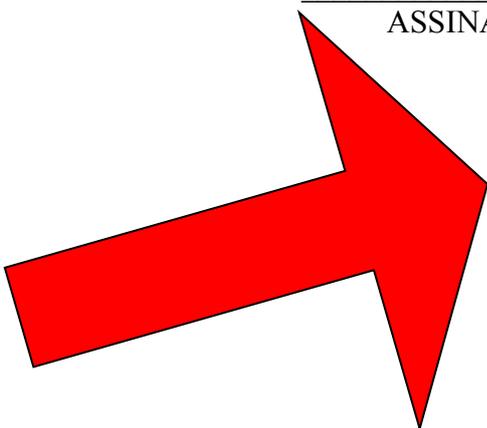
TERMO DE DESISTÊNCIA DE POSSE

NOME	
CPF	RG

O (A) candidato (a) acima identificado (a), habilitado (a) em Concurso Público realizado pela Universidade Federal do Oeste do Pará, consoante o Edital nº 22 de 16 de agosto de 2016, publicado no Diário Oficial da União do dia 18 de agosto de 2016 com resultado final homologado no DOU de 03 de fevereiro de 2017, no cargo de Professor do Magistério Superior, classificado em ____º lugar, e nomeado por intermédio da Portaria nº 272, de 10/02/2017 publicada no DOU de 14/02/2017, DECLARA, por este ato, que **DESISTE, DEFINITIVAMENTE, DE SUA POSSE**, estando ciente de que seu ato de provimento será tornado sem efeito. **Anexo ao presente, cópia autenticada ou conferida com a original por servidor publico a seguinte documentação: Carteira de Identidade e CPF.**

_____, _____ de _____ de 20__
LOCAL DATA

ASSINATURA DO (A) CANDIDATO (A)





UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

ANEXO V

FICHA IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

DADOS PESSOAIS					
CPF:		Nome:			
Sexo: () F () M	Data de nascimento: ___/___/_____	Grupo Sanguíneo: A () B () AB () O ()		Fator Rh: () + () -	
Nome do pai:					
Nome da mãe:					
Cidade de nascimento:				UF:	
Formação Superior:					
Ano de Conclusão:		Instituição:			
Pós-graduação em:					
() Especialização: _____					
() Mestrado: _____					
() Doutorado: _____					
Ano de Conclusão:			Instituição:		
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado judicialmente () Divorciado () Viúvo			Cor/Origem étnica: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena		
Pessoa com deficiência/Tipo:			Nacionalidade: () Brasileiro () Naturalizado Brasileiro () Equiparado Brasileiro () Estrangeiro		
DOCUMENTOS PESSOAIS					
RG:		Órgão expedidor/UF:		Data expedição:	
Título de eleitor:		UF:	Zona:	Seção:	Data de emissão:
Comp. Militar:	Nº	Órgão de expedição:		Série:	
Carteira de Trabalho	Nº	Série:		UF:	
PIS/PASEP (Não pode ser substituído pelo NIT):			Data do 1º emprego:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
<i>(É obrigação do servidor manter atualizados os seus dados junto a Coordenação Cadastro e Movimentação de Pessoal)</i>					
Endereço Residencial:					Nº
Complemento:			Bairro:		Cep:
Município:		UF:			
Telefone residencial: ()		Telefone Celular: ()			
E-mail:					
DADOS BANCÁRIOS					
Banco: () Banco do Brasil () Bradesco () Caixa Econômica Federal () Itaú () Santander () Banco Cooperativo Sicredi					
Obs: O pagamento de servidor será depositado exclusivamente em CONTA-SALÁRIO .					
Agência:		Nº da conta-salário:		Município:	
UF:					
Declaração					
Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações que prestei no presente formulário, comprometendo-me comunicar a <i>Pró-reitoria de Gestão de Pessoas</i> da UFOPA, quaisquer alterações.					
Santarém, ____ de _____ de _____					

Assinatura do declarante					



ANEXO VI

INCLUSÃO DE DEPENDENTES E SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

CPF:	Nome:
Cargo:	
Telefone: ()	E-mail:

Solicito a inclusão do (s) dependente(s) abaixo relacionado(s) para fins de percepção do(s) benefício(s) assinalado(s), em conformidade com a respectiva legislação, anexando ao presente à documentação necessária.

CPF:	Nome:	
Parentesco:	Sexo: () F () M	Data de nascimento:
Benefícios		
<input type="checkbox"/> Dependente para fins de dedução da base de cálculo do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). DECLARO, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade não cabendo à fonte pagadora assumi-las perante a fiscalização, ficando também sob minha responsabilidade qualquer alteração que venha ocorrer em relação ao número de dependentes.		
<input type="checkbox"/> Dependente para acompanhamento Pessoa da Família para tratamento de saúde. – Art. 83 da Lei nº 8.112/1990		
<input type="checkbox"/> Auxílio pré-escolar – Decreto nº 977/1993 - (elegível para dependentes com idade de 0 a 5 anos e 11 meses) DECLARO, sob penas da Lei que (cônjuge/companheiro(a)) não percebe o benefício acima solicitado pelos cofres da Administração Pública Federal Direta, Autarquia e Fundacional (conforme decreto nº 977 de 10/11/93 e Instrução Normativa 12 de 23/12/93).		

CPF:	Nome:	
Parentesco:	Sexo: () F () M	Data de nascimento:
Benefícios		
<input type="checkbox"/> Dependente para fins de dedução da base de cálculo do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade não cabendo à fonte pagadora assumi-las perante a fiscalização, ficando também sob minha responsabilidade qualquer alteração que venha ocorrer em relação ao número de dependentes.		
<input type="checkbox"/> Dependente para acompanhamento Pessoa da Família para tratamento de saúde. – Art. 83 da Lei nº 8.112/1990		
<input type="checkbox"/> Auxílio pré-escolar – Decreto nº 977/1993 - (elegível para dependentes com idade de 0 a 5 anos e 11 meses) DECLARO, sob penas da Lei que (cônjuge/companheiro(a)) não percebe o benefício acima solicitado pelos cofres da Administração Pública Federal Direta, Autarquia e Fundacional (conforme decreto nº 977 de 10/11/93 e Instrução Normativa 12 de 23/12/93).		

CPF:	Nome:	
Parentesco:	Sexo: () F () M	Data de nascimento:
Benefícios		
<input type="checkbox"/> Dependente para fins de dedução da base de cálculo do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade não cabendo à fonte pagadora assumi-las perante a fiscalização, ficando também sob minha responsabilidade qualquer alteração que venha ocorrer em relação ao número de dependentes.		
<input type="checkbox"/> Dependente para acompanhamento Pessoa da Família para tratamento de saúde. – Art. 83 da Lei nº 8.112/1990		
<input type="checkbox"/> Auxílio pré-escolar – Decreto nº 977/1993 - (elegível para dependentes com idade de 0 a 5 anos e 11 meses) DECLARO, sob penas da Lei que (cônjuge/companheiro(a)) não percebe o benefício acima solicitado pelos cofres da Administração Pública Federal Direta, Autarquia e Fundacional (conforme decreto nº 977 de 10/11/93 e Instrução Normativa 12 de 23/12/93).		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

CPF:	Nome:		
Parentesco:	Sexo: () F () M	Data de nascimento:	
Benefícios			
<input type="checkbox"/> Dependente para fins de dedução da base de cálculo do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade não cabendo à fonte pagadora assumi-las perante a fiscalização, ficando também sob minha responsabilidade qualquer alteração que venha ocorrer em relação ao número de dependentes.			
<input type="checkbox"/> Dependente para acompanhamento Pessoa da Família para tratamento de saúde. – Art. 83 da Lei nº 8.112/1990			
<input type="checkbox"/> Auxílio pré-escolar – Decreto nº 977/1993 - (elegível para dependentes com idade de 0 a 5 anos e 11 meses) DECLARO, sob penas da Lei que cônjuge/companheiro(a) não percebe o benefício acima solicitado pelos cofres da Administração Pública Federal Direta, Autarquia e Fundacional (conforme decreto nº 977 de 10/11/93 e Instrução Normativa 12 de 23/12/93).			

Declaro que após ler as instruções, estou ciente de que verificada a qualquer tempo a inveracidade das informações aqui apresentadas, responderei civil, penal e administrativamente.

Santarém, _____ de _____ de _____

Assinatura do declarante

Documentos obrigatórios (cópia autenticada ou confere com original) para todos os dependentes:

- CPF, RG e Certidão de Nascimento ou Casamento

Documentos específicos (acrescentar caso o dependente se enquadre em uma das situações abaixo):

- **Companheiro** - prova de união estável, atestada através de 3 (três) dos seguintes documentos:
 - Certidão de nascimento de filho havido em comum;
 - Certidão de casamento religioso.
 - Disposições testamentárias.
 - Declaração especial feita perante tabelião.
 - Correspondência e/ou outros documentos que comprovem que possuem o mesmo domicílio.
 - Extrato de conta bancária conjunta.
 - Procuração ou fiança reciprocamente outorgada.
 - Comprovante de registro em associação de qualquer natureza.
 - Ficha de assistência médica, da qual conste o servidor como responsável.
 - Escritura de compra de imóvel pelo servidor, em nome do (a) interessado(a).
- **Filho adotivo:** Termo de Adoção;
- **Enteado:** Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável do servidor;
- **Menor pobre:** Termo de Guarda Judicial;
- **Irmão, neto e bisneto:** Termo de Guarda Judicial;



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

- **Estudante** (filho, filho adotivo, enteado, irmão, neto ou bisneto): comprovante de matrícula em estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau;
- **Inválido** (filho, filho adotivo, enteado, irmão, neto ou bisneto): Laudo Médico atestando a incapacidade física ou mental para o trabalho, comprovante da relação de dependência;
- **Pai e mãe**: certidão de Nascimento ou Casamento do servidor;
- **Avós ou bisavós**: comprovante de parentesco com o servidor;
- **Pessoa absolutamente incapaz**: termo de tutela ou curatela;

Previsão legal

IMPOSTO DE RENDA – (Decreto 3.000, de 26 de março/1999, art.77)

Poderão ser *dependentes*:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro (a), desde que haja vida em comum por mais de 5 (cinco) anos, ou período menor se da união resultou filho;
- c) Filha, filho, enteada ou enteado, até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, ou ainda, até 24 (vinte e quatro) anos de idade se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau;
- d) Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o servidor crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- e) Irmão, neto ou bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 (vinte e um) anos, desde que o servidor detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, ou ainda, até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau;
- f) Pais, avós, bisavós, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;
- g) Pessoa absolutamente incapaz, da qual o servidor seja tutor ou curador;



DECLARAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES E PROVENTOS E OUTROS VÍNCULOS

CPF:	Nome:				
Telefone:	E-mail:				
Nomeado(a) através da Portaria nº _____ ao cargo de _____					
JORNADA DE TRABALHO NA UFOPA					
Lotação:	Cargo/emprego:				
Regime de Trabalho: () 20 h () 25 h () 30 h () 40 h () Dedicção exclusiva <i>(O vínculo no regime de dedicação exclusiva impede o docente de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada.)</i>					
Discriminação do Horário Cumprido					
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
DECLARO, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante a UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ, que:					
1. OCUPA outro cargo/emprego/função 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 na esfera FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL OU DISTRITAL? () NÃO () SIM, informar abaixo:					
Denominação do Cargo, Emprego ou Função: _____					
Órgão: _____					
Regime de trabalho: () 20h () 40h () DE () Outro: _____					
Nível de escolaridade exigido para o Cargo, Emprego ou Função: _____					
Área de atuação do cargo: () Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico					
Data de ingresso: ___/___/___ Unidade da Federação em que exerce o cargo: _____					
Jornada de Trabalho: De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas					
Quais dias da semana (Seg, Ter, Qua, Qui, Sex, Sab, Dom)? _____					
<i>Anexar Declaração do Órgão contendo informações sobre o cargo, vínculo, endereço do local de trabalho e horário diário e semanal de trabalho.</i>					
Está licenciado(a) ou com suspensão contratual no vínculo acima informado? () Não () Sim					
Tipo: _____ Período: ___/___/___ A ___/___/___					
Órgão: _____ Cargo: _____					
<i>Anexar cópia do Ato que concedeu a licença ou suspensão contratual.</i>					



2. **RECEBE PROVENTOS** de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado? () **NÃO** () **SIM, de que tipo?**

() Aposentadoria. () Pensão () Reserva remunerada. () Militar reformado.

Denominação do cargo: _____

Órgão: _____

Nível de escolaridade exigido para o cargo: _____

Área de atuação do cargo: () Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico

Jornada de trabalho do cargo: _____ Data de início da concessão: ___/___/___

Se beneficiário de pensão informar o grau de parentesco com o instituidor: _____

Fundamento legal da aposentadoria ou pensão: _____

Anexar cópia do Ato que concedeu o benefício.

3. **RECEBE** valores (remuneração, aposentadoria ou pensão) de outros entes da federação (Estado, Município, DF), de Empresas Públicas, Sociedades de economia mista e suas subsidiárias, sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público? () **NÃO** () **SIM**

3.1 O órgão pelo qual recebe sua remuneração ou proventos de aposentadoria ou pensão está integrado à base de dados do sistema federal SIAPE?

() Sim () Não, neste caso o servidor está obrigado a **fornecer cópia do(s) contracheque(s) ou comprovante(s)** de recebimento de valores de todos os vínculos que possuir, no **ato da posse, nos meses de abril e outubro** de todos os anos, sempre que houver alteração no valor da remuneração, e em todas as ocasiões em que for solicitado.

4. **EXERCE** atividade em empresa privada? () **NÃO** () **SIM, informar abaixo:**

Empresa: _____ Regime de trabalho semanal: _____

Atividade: _____ Horário de trabalho: ___ h ___ às ___ h ___

Apresentar Declaração da empresa informando sobre: o cargo, local de trabalho (endereço) e horário de trabalho diário e jornada semanal total.

5. **EXERCE** atividade como autônomo? () **NÃO** () **SIM, qual?** _____

Horário de trabalho diário: ___ h ___ às ___ h ___ Dias da semana: _____

Apresentar Declaração de próprio punho informando a atividade que exerce, o endereço do local de trabalho, a jornada semanal e diária dedicada a atividade.

6. **PARTICIPA** de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada? () **NÃO** () **SIM, informar** sob qual condição (na qualidade de participante da administração direta, ou de acionista, cotista ou mandatário)? _____

Apresentar cópia autenticada do Contrato Social

OBS. Conforme o inciso X, do Art. 117, da Lei 8.112/90, ao servidor público federal é proibido participar de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, **exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou mandatário;**

DECLARO, estar ciente de que devo comunicar a Universidade Federal do Oeste do Pará qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional para os casos de acumulação de cargos, observadas as situações que possam gerar conflito de interesses.

DECLARO que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

DECLARO ter conhecimento de que é minha obrigação compatibilizar os horários em caso de acumulação lícita e que o interesse público sempre deverá se sobrepor a interesses pessoais e privados, devendo adequar-me as necessidades desta instituição.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Comprometo comunicar a essa PROGEP/UFOPA qualquer alteração nesta situação.

Santarém ____ de _____ de _____

Assinatura do declarante

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE BENS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

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

DADOS PESSOAIS	
MATRICULA Nº	CPF:
NOME	
CARGO/FUNÇÃO:	
UNIDADE DE LOTAÇÃO:	Telefone:
AUTORIZAÇÃO	
<p>Autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida no art.13 da Lei 8.429, de 1992, e no art.1º da Lei 8.730, de 1993, e enquanto sujeito ao cumprimento das obrigações previstas nas Leis 8.429, de 1992, e 8.730, de 1993, o Tribunal de Contas da União - TCU a ter acesso aos dados de Bens e Rendas exigidos nas mencionadas Leis, das minhas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física e das respectivas retificações apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil.</p>	
Santarém, ____ de _____ de _____	
_____ Assinatura do servidor	

ANEXO X

AUXILIO ALIMENTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

CPF:	Nome:		
Telefone:		E-mail:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:		UF:
Nomeado(a) através da Portaria nº _____ ao cargo de _____			
<p>Venho pelo presente optar pelo auxílio-alimentação, nos termos do § 2º do Art. 22 da Lei nº 8.460/92, com a redação dada pela Lei nº 9.527/97 e pela Orientação Normativa SRH/MP Nº 5, de 9.8.2005.</p> <p>() pela Universidade Federal do Oeste do Pará</p> <p>() pelo(a) Instituição _____, no cargo _____</p> <p>Santarém, _____ de _____ de _____</p> <p>_____ Assinatura do servidor</p>			

ANEXO XI
AUXILIO TRANSPORTE



CPF:	Nome:		
Telefone:	E-mail:		
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	
Nomeado(a) através da Portaria nº _____ ao cargo de _____			
MEIOS DE LOCOMOÇÃO			
Linha:			
Quantidade:	Valor Unitário: R\$		
Linha:			
Quantidade:	Valor Unitário: R\$		
Linha:			
Quantidade:	Valor Unitário: R\$		
PERCURSO: (deslocamento da residência/trabalho e trabalho/residência)			

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE			
Autorizo ao setor competente descontar a parcela que me é atribuída pela legislação que estabelece e normatiza o auxílio-transporte (Decreto nº 2.880 de 15.12.98).			
Tenho ciência, conforme preceitua o art. 4º, parágrafo 3º do supracitado decreto de que presumir-se-ão como verdadeiras as informações constantes no ato da inscrição do auxílio-transporte, assumindo responsabilidade administrativa sem prejuízo das sanções penais cabíveis.			
Declaro ainda estar ciente de que será deduzido do valor mensal a importância relativa aos dias em que estiver afastado por motivo de férias, licença e outros tipos previstos em lei.			
OBSERVAÇÃO IMPORTANTE			
Não fará jus à vantagem, o servidor cujas despesas de transporte forem inferiores a 6% do salário/vencimento básico;			
A presente vantagem não incorpora a remuneração e sobre ela, não incidirá PSS e Imposto de Renda;			
O valor mensal da vantagem é igual ao valor das despesas deduzido o percentual de 6% do salário/vencimento básico;			
<ul style="list-style-type: none">• Este auxílio indeniza apenas as despesas de transporte nos deslocamentos de suas residências para os locais de trabalho e vice-versa, excetuadas aquelas realizadas nos deslocamentos em intervalos para repouso ou alimentação, durante a jornada de trabalho, e aquelas efetuadas com transporte seletivos ou especiais.			
O servidor que utilizar ônibus intermunicipal deverá apresentar comprovantes de passagem e residência			

() Opto por não receber este auxílio.

Santarém, ___ de _____ de _____

Assinatura do Servidor

ANEXO XII



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

DECLARAÇÃO

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, 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.

Santarém, _____ / _____ / _____.

Assinatura do servidor

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.

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

ANEXO XIII

TERMO DE CIÊNCIA SOBRE A INCLUSÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS



DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DO PODER EXECUTIVO **(PLANO EXECUTIVO FEDERAL)**

Prezado (a) Servidor (a),

O Plano Executivo Federal é um plano de previdência complementar do tipo contribuição definida que garante aos seus Participantes benefícios programados e de risco. De acordo com o Art. 1º, da Lei nº 12.618, de 30/04/2012, alterado pela Lei nº 13.183, de 04/11/2015, que institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos titulares de cargo efetivo da União, suas autarquias e fundações:

§ 2º Os servidores e os membros referidos no caput deste artigo com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social*, que venham a ingressar no serviço público a partir do início da vigência do regime de previdência complementar de que trata esta Lei, serão automaticamente inscritos no respectivo plano de previdência complementar desde a data de entrada em exercício.

3º Fica assegurado ao participante o direito de requerer, a qualquer tempo, o cancelamento de sua inscrição, nos termos do regulamento do plano de benefícios.

§ 4º Na hipótese do cancelamento ser requerido no prazo de até noventa dias da data da inscrição, fica assegurado o direito à restituição integral das contribuições vertidas, a ser paga em até sessenta dias do pedido de cancelamento, corrigidas monetariamente.

§ 5º O cancelamento da inscrição previsto no § 4º não constitui resgate.

§ 6º A contribuição aportada pelo patrocinador será devolvida à respectiva fonte pagadora no mesmo prazo da devolução da contribuição aportada pelo participante. (Grifo nosso)

Portanto, conforme exposto acima, os servidores com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, que entrarem em exercício a partir de **05 de novembro de 2015**, serão **automaticamente inscritos** no plano de previdência complementar. Pela Orientação Normativa Nº 9, de 19/11/15, da Secretaria de Gestão Pública, o servidor inscrito automaticamente no plano previdenciário, terá, inicialmente, a alíquota de contribuição de 8,5% e o regime regressivo de tributação descontado diretamente do seu contracheque e repassado à Funpresp-Exe, em conformidade com o Regulamento do Plano e a legislação em vigor.

O servidor inscrito automaticamente no plano previdenciário **poderá requerer, diretamente à Funpresp-Exe, a desistência de sua inscrição**, no prazo de **até noventa dias contados da data de sua inscrição**. A apreciação e processamento do pedido de desistência é de competência exclusiva da Funpresp-Exe, sendo indeferido qualquer pedido apresentado à Progep ou as suas divisões. A desistência da inscrição, neste caso, não constitui resgate.

Aos demais (àqueles cuja remuneração seja inferior ao limite máximo estabelecido pra os benefícios do Regime Geral de Previdência Social*) a inscrição no Plano Executivo Federal é facultativa e poderá ser feita a qualquer tempo, através de Requerimento de Inscrição de Participação Ativo Alternativo, disponível no site da Funpresp ou pelo SIGEPE, impressas em 3 (três) vias a serem entregues na Coordenação de Admissão/CAP/DGDP/Progep.

Para maiores esclarecimentos acerca do Plano Executivo Federal, dirija-se à Coordenação de Admissão de Pessoal/Progep, ou pelos canais de atendimento disponibilizados pelo endereço eletrônico: www.funpresp-exe.com.br; e-mail faleconoesco@funpresp.com.br ou por contato telefônico 0800 282 6794.

Este é um **TERMO DE CIÊNCIA** acerca do disposto na Lei 12.618, de 30/04/2012 e, portanto, não constitui adesão (no caso daqueles que têm direito facultativo) e nem o cancelamento (caso dos que obrigatoriamente serão incluídos ao Plano a que a Lei Nº 13.183/15 refere-se).

Ciente em Santarém - PA, ____/____/____.

Nome do(a) Servidor (a)

Assinatura do(a) Servido

ANEXO XIV

(Somente para docentes nomeados em regime de DE)



TERMO DE COMPROMISSO DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

De acordo com as disposições legais e regulamentares que regem o assunto, abaixo especificadas, declaro, ao ingressar no regime de DEDICAÇÃO EXCLUSIVA, ter pleno conhecimento dessas normas e das conseqüências advindas de suas transgressões, razão pela qual assumo, através do presente termo, o compromisso de não exercer outra atividade remunerada, pública ou privada, inclusive participação em gerência ou administração de sociedade privada, fora do âmbito da Universidade Federal do Oeste do Pará.

Santarém, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES DO REGIME DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

LEI Nº 12.772/2012 DE 28/12/2012

ART. 20 - O Professor das IFEs, ocupante de cargo efetivo do Plano de Carreiras e Cargos de Magistério Federal, será submetido a um dos seguintes regimes de trabalho:

I - 40 (quarenta) horas semanais de trabalho, em tempo integral, com DEDICAÇÃO EXCLUSIVA às atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão institucional;

II - tempo parcial de 20 (vinte) horas semanais de trabalho.

§ 1º Excepcionalmente, a IFE poderá, mediante aprovação de órgão colegiado superior competente, admitir a adoção do regime de 40 (quarenta) horas semanais de trabalho, em tempo integral, observando 2 (dois) turnos diários completos, sem dedicação exclusiva, para áreas com características específicas.

§2º O regime de 40 (quarenta) horas com DEDICAÇÃO EXCLUSIVA implica o impedimento do exercício de outra atividade remunerada, pública ou privada, com as exceções previstas nesta Lei.

LEI Nº 8.112/90 – Regime Jurídico Único (DOU 12/12/90)

Art. 117 - Ao servidor é proibido:

X - participar de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário;

Art. 132 - A demissão será aplicada nos seguintes casos:

XII - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas.

Art. 133 - Dá providências para os casos de acumulação ilegal de cargos.

ART. 299 DO CÓDIGO PENAL - FALSIDADE DOCUMENTAL

Omitir, em documento público ou particular, declaração que ele 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.

PENA reclusão, de um a cinco anos, se o documento é público, e de três a dez anos, se o documento é particular.

PARÁGRAFO ÚNICO - se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de Sexta parte.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMISSÃO DE PESSOAL