



**CRH:** \_\_\_\_\_  
**Siape:** \_\_\_\_\_  
**Siapecad:** \_\_\_\_\_

(ESPAÇO RESERVADO À SUGEP)

**CADASTRO DE PESSOAL**

**DADOS PESSOAIS**

CPF Nº .....  
NOME COMPLETO .....  
SEXO ..... DATA DE NASCIMENTO ...../...../..... TIPO SANGUÍNEO / FATOR RH : .....  
FILIAÇÃO PAI .....  
MÃE .....  
NATURALIDADE..... ESTADO .....  
ESTADO CIVIL ..... COR ( ORIGEM ÉTNICA ) ..... DEFICIÊNCIA FÍSICA .....  
ESPECIFICAR A DEFICIÊNCIA .....  
SE NATURALIZADO .....  
ATO ..... DE ..... / ..... / ..... PUBLICADO NO DOU ..... / ..... / .....

**DOCUMENTAÇÃO**

CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº ..... ÓRGÃO EXPEDIDOR .....  
UF ..... DATA DA EXPEDIÇÃO ..... / ..... / .....  
TÍTULO ELEITORAL Nº ..... UF.....  
ZONA ..... SEÇÃO ..... DE ..... / ..... / .....  
RESERVISTA Nº ..... ÓRGÃO EXPEDIDOR ..... SÉRIE .....  
CARTEIRA DE TRABALHO Nº ..... SÉRIE ..... UF .....  
CART. MOTORISTA Nº ..... REG. .... UF ..... EXPED. ..../...../.....  
CATEGORIA ..... PRIMEIRA HABIL...../...../..... VALIDADE ...../...../.....  
PIS / PASEP Nº ..... PASSAPORTE Nº .....

**RESIDÊNCIA**

LOGRADOURO (RUA/AV.) ..... Nº.....  
COMPLEMENTO ..... BAIRRO ..... MUNICIPIO .....  
UF ..... PAÍS..... CEP ..... CAIXA POSTAL .....  
TEL ( ) ..... CEL ( ) ..... E-MAIL .....

TEL. PARA RECADO: (     ) .....FALAR COM: .....

**DADOS BANCÁRIOS** (Só serão aceitas **Contas Salários** dos Bancos autorizados **BB / CEF / BRADESCO / SANTANDER / ITAU / BANRISUL / BANCOOB / SICREDI**)

BANCO ..... AGÊNCIA C/DÍGITO .....

C/C. : ..... PRAÇA/UF .....

**CURSOS DE FORMAÇÃO**

1. NOME DO CURSO.....  
TITULAÇÃO ..... ESTAB. DE ENSINO .....  
MUNICÍPIO ..... UF ..... PAÍS .....  
CONCLUÍDO EM (ANO) ..... CARGA HORÁRIA .....

---

2. NOME DO CURSO.....  
TITULAÇÃO ..... ESTAB. DE ENSINO .....  
MUNICÍPIO ..... UF ..... PAÍS .....  
CONCLUÍDO EM (ANO) ..... CARGA HORÁRIA .....

---

3. NOME DO CURSO.....  
TITULAÇÃO ..... ESTAB. DE ENSINO .....  
MUNICÍPIO ..... UF ..... PAÍS .....  
CONCLUÍDO EM (ANO) ..... CARGA HORÁRIA .....

---

4. NOME DO CURSO.....  
TITULAÇÃO ..... ESTAB. DE ENSINO .....  
MUNICÍPIO ..... UF ..... PAÍS .....  
CONCLUÍDO EM (ANO) ..... CARGA HORÁRIA .....

---

HABILITAÇÃO PROFISSIONAL (TÍTULO) .....

Nº DO REGISTRO E ÓRGÃO DE CLASSE .....

CARGO QUE OCUPA NA UFRPE .....

LOTAÇÃO.....

DATA : ...../...../.....

.....  
DECLARANTE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS  
SITE: [HTTP://WWW.SUGEP.UFRPE.BR](http://www.sugep.ufrpe.br)  
CNPJ Nº: 24.416.174/0001-06



## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro \_\_\_\_\_ receber o benefício de auxílio-alimentação ou outro de espécie semelhante de qualquer órgão do setor Público ou empresa vinculada à Iniciativa Privada e que estou ciente de que o recebimento em duplicidade, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às cominações legais e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos da Lei nº 8.112, de 1990, Lei nº 8.745, de 1993, Lei nº 9.849, de 1999, Lei nº 12.425/2011, Lei nº 12.772/2012 e Medida Provisória nº 614/2013.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

**OBS: ART. 4º, INCISO IV DO DEC. Nº 3887/2001: “O AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO NÃO SERÁ ACUMULÁVEL COM OUTROS DE ESPÉCIE SEMELHANTE, TAIS COMO CESTA BÁSICA OU VANTAGEM PESSOAL ORIGINÁRIA DE QUALQUER FORMA DE AUXÍLIO OU BENEFÍCIO ALIMENTAÇÃO.”**



## DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

NOME: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

REGIME DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_

**DECLARO**, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante a UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO, que:

**NÃO** ocupo 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 no âmbito FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL e, ainda, no setor PRIVADO.

**NÃO** participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, nos termos do art. 117, X da Lei nº 8.112/90.

**OCUPO** outro cargo/emprego/função pública ou privada de:

Cargo:			
Nome da Entidade:			
Órgão:	( ) Municipal	( ) Estadual	( ) Federal ( ) Privado
Área de Atuação (exceto privado):	( ) Médico	( ) Saúde	( ) Magistério ( ) Técnico/Científico
Carga Horária Semanal:	( ) 20 h	( ) 30 h	( ) 40 h ( ) Outro: _____
Jornada de Trabalho:	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

**Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2.**

**PERCEBO** aposentadoria:

Cargo que deu origem à aposentadoria:					
Nome da Entidade:					
Órgão:	( ) Municipal	( ) Estadual	( ) Federal ( ) Privado	Unidade Federativa:	
Área de Atuação (exceto privado):	( ) Médico	( ) Saúde	( ) Magistério	( ) Técnico/Científico	
Jornada do cargo que exerceu:	( ) 20 h	( ) 30 h	( ) 40 h	( ) Outro: _____	
Ato e Fundamento legal da aposentadoria:					
Data de Vigência da Aposentadoria:	____/____/____.	Escolaridade:			

**Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2.**

**PERCEBO** pensão:

Nome da Entidade:					
Órgão:	( ) Municipal	( ) Estadual	( ) Federal ( ) Privado	Unidade Federativa:	
Grau de parentesco com o instituidor de pensão:					
Tipo e Fundamento legal da pensão:					
Data de início da concessão:	____/____/____.				

**Obs.: Comprovar a dependência econômica na data do óbito do instituidor.**

**Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2.**

**DECLARO** que tomei conhecimento do inteiro teor das normas abaixo transcritas e 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.

**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 SUGEP/UFRPE qualquer alteração nesta situação.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE



## Formulário de Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda de Pessoas Físicas

### Dados Pessoais

Nome completo:			
Matrícula SIAPE:			
CPF:			
Cargo/Função:			
Código do cargo ou função, se for o caso (*):			
Unidade de Lotação:			
Ramal:			

(\*)Código: FG, CD.

### 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 apresentadas 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.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE



## Comprovante de recebimento do Formulário de Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda de Pessoas Físicas

Portaria Interministerial MP/CGU nº 298/07

Certificamos que o Sr(a). \_\_\_\_\_  
Matrícula SIAPE \_\_\_\_\_ entregou a Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda de Pessoas Físicas

Comprovante de Recebimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo recebimento



## DECLARAÇÃO SEGURO- DESEMPREGO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no  
Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob o nº \_\_\_\_\_ Cargo/emprego  
público: \_\_\_\_\_ DECLARO,

conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.9981, 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.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

Obs.1 -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.

Obs.2 -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.



## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, aprovado em concurso publico  
simplificado para Professor \_\_\_\_\_  
(Substituto ou Visitante) conforme Contrato nº \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_-SUGEP/UFRPE, **DECLARO** para os  
devidos fins de prova perante a Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, que não respondi e  
não respondo a **Processo Disciplinar Administrativo** em órgão ou entidade da Administração Pública  
Federal, Estadual ou Municipal, ciente de que ficarei sujeito à responsabilização administrativa, civil e  
penal no caso de **declaração falsa**.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

