



## CADASTRO DE PESSOAL

SIAPE: \_\_\_\_\_

SIAPECAD: \_\_\_\_\_

(ESPAÇO RESERVADO À SUGEP)

### DADOS PESSOAIS

\*CPF Nº: .....

\*NOME COMPLETO: .....

\*SEXO:..... \*DATA DE NASCIMENTO:..... /...../..... \*TIPO SANGUÍNEO/FATOR RH: .....

\*FILIAÇÃO PAI: .....  
MÃE: .....

\*CIDADE NASC.: ..... \*ESTADO: .....

\*ESTADO CIVIL: ..... \*COR (ORIGEM ÉTNICA):..... \*DEFICIÊNCIA FÍSICA: .....

\*\*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: ...../...../.....

\*\*COMP.MILITAR 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 .....

### TELEFONES DE CONTATO (FAMILIARES/OUTROS)

\*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....

\*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....



**DADOS BANCÁRIOS** (Só serão aceitas Contas - Salário e Corrente dos Bancos autorizados: BB / CEF / BRADESCO / SANTANDER / ITAU / BANRISUL / BANCOOB / SICREDI), Anexar cópia da proposta de abertura da conta salário, conta corrente. **IMPORTANTE: a conta salário tem que estar vinculada à conta corrente.**

**Conta Salário\***

\*Do Banco: \_\_\_\_\_

\*Agência nº: \_\_\_\_\_ \*dígito \_\_\_\_ Tipo : \_\_\_\_\_ \*Conta salário nº \_\_\_\_\_ \*dígito \_\_\_\_

\*Nome da Agência: \_\_\_\_\_ \*Cidade : \_\_\_\_\_

**Conta Corrente\***

\*Do Banco: \_\_\_\_\_

\*Agência nº: \_\_\_\_\_ \*dígito \_\_\_\_ Tipo : \_\_\_\_\_ \*Conta corrente nº \_\_\_\_\_ \*dígito \_\_\_\_

\*Nome da Agência: \_\_\_\_\_ Cidade : \_\_\_\_\_

**\*CURSOS**

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 .....

\*\*HABILITAÇÃO PROFISSIONAL (TÍTULO): .....

\*\*Nº DO REGISTRO E ÓRGÃO DE CLASSE: .....

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

ASSINATURA

**\*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

**\*\* PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, QUANDO FOR O CASO**



## **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\_\_

---

Assinatura

**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 EFETIVO: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_

REGIME DE TRABALHO: \_\_\_\_\_ Dedicção Exclusiva:  SIM  NÃO

**(O vínculo no regime de dedicação exclusiva impede o docente de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada.)**

**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:			
Orgão:	( ) 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. e Declaração da Instituição que se trabalha constando, local e jornada de trabalho e carga horária total.**

**PERCEBO** aposentadoria:

Cargo que deu origem à aposentadoria:			
Nome da Entidade:			
Orgão:	( ) 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:			
Orgão:	( ) 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 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** 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 PROGEPE/UFRPE qualquer alteração nesta situação.**

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

DECLARANTE



**ANEXO II À INSTRUÇÃO NORMATIVA–TCU Nº 67, DE 6 DE JULHO DE 2011**

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE VENS E RENDAS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA

1)

<b>DADOS PESSOAIS</b>			
MATRÍCULA Nº		CPF Nº	
NOME			
CARGO/FUNÇÃO		CÓDIGO	
UNIDADE DE LOTAÇÃO		RAMAL	

2)

<b>AUTORIZAÇÃO</b>
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.

3)

LOCAL E DATA	ASSINATURA AUTORIDADE/SERVIDOR
--------------	-----------------------------------



**Comprovante de recebimento do Formulário de Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda de Pessoas Física**

Certificamos que o servidor \_\_\_\_\_  
Matrícula SIAPE \_\_\_\_\_ entregou a Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda de Pessoas Física

**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\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Contratado (a)

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 194.

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 público simplificado para Professor \_\_\_\_\_ (Substituto, Temporário  
ou Visitante) conforme Contrato nº \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_-PROGEPE/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\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) contratado (a)

