



CADASTRO DE PESSOAL

SIAPE: _____

SIAPCAD: _____

(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:..... *MUNICÍPIO:.....

*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



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Desenvolvimento de Pessoas
Seção de Planejamento de Pessoal



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: _____ MATRÍCULA _____

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, não 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: _____		
Horário de execução do trabalho:	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012. e Declaração da Instituição que se trabalha constando local, jornada de trabalho e carga horária total.

PERCEBO Bolsa de Pesquisa, Ensino e Extensão:

Nome da Instituição:			
Órgão:	() Municipal () Estadual () Federal		
Área	() Magistério () Técnico/Científico		
Carga Horária Semanal:	() 20 h () 30 h () 40 h () Outro: _____		
Horário de execução da atividade	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade -Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012 e Declaração da Instituição concedente constando local, jornada de trabalho e carga horária total.



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Desenvolvimento de Pessoas
Seção de Planejamento de Pessoal



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. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012

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. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012

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)

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

2)

AUTORIZAÇÃO
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)

