



CADASTRO DE PESSOAL

SIAPE: _____

SIAPECAD: _____

(ESPAÇO RESERVAO À SUGEP)

DADOS PESSOAIS

*CPF N°:

*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 N°: *ÓRGÃO EXPEDIDOR:..... *UF:.....

*DATA DA EXPEDIÇÃO: / /

*TÍTULO ELEITORAL N°: *UF:.....

*ZONA:..... *SEÇÃO:..... *DE: / /

**COMP.MILITAR N°:..... *ORGÃO EXPEDIDOR:..... *SÉRIE:.....

CARTEIRA DE TRABALHO N°:..... SÉRIE:..... UF:.....

CART. MOTORISTA N°:..... REG.:..... UF:..... EXPED:...../...../.....

CATEGORIA:..... PRIMEIRA HABIL:...../...../..... VALIDADE:...../...../.....

*PIS / PASEP N°: **PASSAPORTE N°:.....

RESIDÊNCIA

*LOGRADOURO (RUA/AV.): *N°.....

*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 esta vinculada a 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

<p>*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO FOR O CASO.</p>



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_____

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: _____

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



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



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

Assinatura



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



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



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



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 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.



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



DECLARAÇÃO

Eu, _____,
RG nº _____ CPF nº _____, aprovado em concurso publico
simplificado para Professor _____ (Substituto, Temporário 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 ____.

Assinatura do(a) Contratado (a)

