UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

CÓPIAS	**DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO**	
	01 (uma)	PIS/PASEP;
	01 (uma)	Carteira de Identidade e CPF;
	01 (uma)	Título de Eleitor e Certidão de Quitação Eleitoral;
	01 (uma)	Certidão de Reservista;
	01 (uma)	Comprovante de Residência **(Não precisa autenticar);**
	01 (uma)	*Comprovante de Conta Salário **(Não precisa autenticar)**;
	01 (uma)	Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento e CPF do Cônjuge;
	01 (uma)	Certidão de Nascimento/Casamento e CPF dos dependentes;
	02 (duas)	Fotos ¾;
	01 (uma)	Registro no Conselho Regional da Categoria e Certidão de quitação **(De acordo com a exigência do cargo);**
	TÉCNICO-ADMINISTRATIVO	
	01 (uma)	Certificados Escolares com os Históricos Escolares, **de acordo com a exigência do Edital**;
	DOCENTE	
	01 (uma)	Diplomas, de acordo com a exigência do Edital, com os respectivos Históricos
	Entregar Diploma da Titulação exigida no edital do concurso no prazo máximo de 20 (vinte) dias corridos, a partir da publicação da Portaria de Nomeação no Diário Oficial da União.	

INFORMAMOS QUE OS FORMULÁRIOS EM ANEXO SÃO EDITÁVEIS. CASO PREFIRA PREENCHÊ-LOS DE PRÓPRIO PUNHO, SOLICITAMOS QUE SEJA FEITO COM LETRA DE FORMA.
01 (uma) Ficha Cadastral
01 (uma) Declaração de Acumulação de Cargos **(Apresentar uma Declaração com a distribuição da carga horária no órgão vinculado)**
01 (uma) Declaração de Acumulação de Proventos **(Apresentar documento de concessão do benefício)**
01 (uma) Declaração de Dependentes **(Apresentar o CPF dos dependentes)**
01 (uma) Declaração de Bens
02 (dois) Formulários de Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física
01 (uma) Declaração de Auxílio Alimentação
01 (uma) Declaração de Auxílio Transporte **(Docentes: Apresentar comprovante de passagem)**
01 (um) Termo de Opção Auxílio Natalidade/Pré-Escolar
01 (um) Formulário do Plano de Previdência Complementar-Execprev
01 (uma) Declaração de Vínculo no SIAPE
01 (uma) Declaração de Não Beneficiário do Seguro Desemprego
01 (um) Visto e Passaporte **(No caso de Estrangeiro)**

OBSERVAÇÃO 01: Apresentar os formulários preenchidos e todas as fotocópias dos documentos autenticadas[1], exceto o comprovante de residência, de conta salário e a certidão de quitação eleitoral obtida no site do TRE.

OBSERVAÇÃO 02: Agendar, previamente, no Setor de Saúde Ocupacional (SESAO), através do telefone **(79) 3194-7129 / 6590** e/ou e-mail: **sesaoufs@academico.ufs.br** ou, para que o médico da UFS emita Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

OBSERVAÇÃO 03: Após agendamento com o SESAO, agendar imediatamente, junto a **Divisão de Recrutamento e Seleção de Pessoal (DIRESP)**, através do telefone **(79) 3194-6442/6518** e/ou do **e-mail: concursos@academico.ufs.br**, a entrega da documentação exigida, que somente será aceita com a apresentação do ASO.

[1] As cópias dos documentos deverão ser apresentadas autenticadas ou, caso não tenham sido autenticadas por tabelião, poderão ser apresentadas mediante conferência com os originais por servidor público

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS PARA EMISSÃO DE ASO (Validade de 90 dias, contados da data do resultado até a sua apresentação)		
PARA TODAS AS IDADES E CARGOS		
Hemograma	VDRL	Colesterol
Machado Guerreiro	Ureia	Triglicerídeos
Glicemia (Em jejum)	Urina (Sumário)	Creatinina
Fezes (Parasitológico)	Ácido Úrico	Grupo sanguíneo e Fator RH
Raio X de Tórax PA/Perfil - Trazer laudo e película	**Atestado de Sanidade Mental** - Relatório de Médico especialista de aptidão funcional do ponto de vista psiquiátrico	**Exame Oftalmológico** - Relatório de Médico especialista de aptidão funcional do ponto de vista oftalmológico
VIDEOLARINGOSCOPIA: Para o cargo de Professor Efetivo (todas as idades)		
ELETROCARDIOGRAMA: Para todos abaixo de 40 anos de idade		
TESTE ERGOMÉTRICO: Para todos acima de 40 anos e para Professor do Departamento de Educação Física (todas as idades)		
ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO: Para Homens acima de 40 anos de idade		
AUDIOMETRIA TOTAL DAS VIAS AÉREAS: Para os cargos de Técnicos em Telecomunicação e Telefonista		
ELETROENCEFALOGRAMA: Para os cargos de Eletricista e Operadores de Máquinas e Caldeiras		

Para agendamento da avaliação médica admissional:

Telefones: 3194-7129/ 3194-6590

E-mail: sesaoufs@academico.ufs.br

OBSERVAÇÃO 01: Validade dos exames: 90 dias.

OBSERVAÇÃO 02: Poderão ser solicitados outros exames a depender de avaliação médica durante o exame admissional.

OBSERVAÇÃO 03: A documentação somente será aceita em sua totalidade e na forma impressa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

FICHA CADASTRAL

NOME/NOME SOCIAL:					
CPF:					
SEXO:	**MASCULINO** ◯	**DATA NASCIMENTO:**	**GRUPO SANGUINEO:** ____		
	FEMININO ◯		**FATOR RH:** ◯ **POSITIVO** ◯ **NEGATIVO**		
NOME DO PAI:					
NOME DA MÃE:					
CIDADE DE NASCIMENTO:	**UF:**	**NACIONALIDADE:**	**ESTADO CIVIL:**		
COR: ◯ **BRANCA** ◯ **PRETA** ◯ **AMARELA** ◯ **INDÍGENA** ◯ **PARDA**					
DEFICIENCIA FÍSICA:	**ESCOLARIDADE:**	**TITULAÇÃO:**			
IDENTIDADE:	**ORGÃO EXPEDIDOR:**	**UF:**	**DATA/EMISSÃO:**		
TITULO ELEITORAL:	**ZONA:**	**SEÇÃO:**	**DATA/EMISSÃO:**	**UF:**	
COMP.MILITAR Nº:	**ORGÃO EXPEDIDOR:**	**SÉRIE:**	**DATA/EMISSÃO:**		
PIS/PASEP Nº:	**PASSAPORTE Nº:**	**DATA 1º EMPREGO:**			
ENDEREÇO:			**Nº**		
BAIRRO:	**MUNICIPIO:**	**UF:**	**CEP:**		
COMPLEMENTO:	**EMAIL:**				
TELEFONE:	**CELULAR:**				
BANCO:	**AGENCIA:**	**CONTA SALÁRIO:**			
São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura				

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO

01-NOME/NOME SOCIAL			02-MATRÍCULA
03-RG	04-CPF	05-ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA/AV.	06-N°
07-COMPLEMENTO		08-BAIRRO	09-CIDADE
10-TEL.RESID.	11-TEL.MÓVEL	12-RAMAL (UFS)	13-EMAIL

Declaro que: ☐ **não exerço** nenhum outro cargo, emprego ou função, além do ocuparei na que UFS.
Declaro que: ☐ **exerço** outro cargo, emprego ou função, além do que ocuparei na UFS (**marcada esta opção, favor preencher os campos em anexo**).

OUTRAS INFORMAÇÕES

14-Em exercício de cargo de magistério em atividade de ensino: ☐ SIM ☐ NÃO
15-Se sim, sujeito ao regime de dedicação exclusiva: ☐ SIM ☐ NÃO
16-No exercício de cargo em comissão ou função de confiança: ☐ SIM ☐ NÃO
17-Aposentado(a), em disponibilidade, na reserva/reforma remunerada: ☐ SIM ☐ NÃO
18-Se sim, informar o regime de previdência:

19-Participa de gerência ou administração de sociedade privada (personificada ou não personificada), possui registro como microempreendedor individual (MEI), empresário individual (EI) ou EIRELE (art. 117, inc. X, da lei 8.112/90): ☐ SIM ☐ NÃO

Estou ciente da regra da proibição de acumulação de cargos, empregos ou funções públicas na União, Estados e Municípios, incluindo-se autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista, salvo as exceções legais. Estou ciente de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico como verdadeira a presente declaração. Estou ciente de que constitui crime prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fatos.

São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de verificar a existência de acumulação de vínculos e a necessidade de apurar a sua legalidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO

ANEXO À DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE VÍNCULOS PÚBLICOS E PRIVADOS

OBS.: Deverá ser informada a hora inicial e final, por turno (Ex.: 8h-12h).

HORÁRIO NA UFS (preencher com a **hora inicial e final, por turno**)							
DIAS/HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Manhã							
Tarde							
Noite							

Declaro ocupar o(s) seguinte(s) cargo(s), emprego(s) ou função:

CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO (preencher com a **hora inicial e final**, por turno)							
CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO			ÓRGÃO/EMPRESA			ADMISSÃO	
UNIDADE DE EXERCÍCIO			ENDEREÇO DA UNIDADE				
HORÁRIO							
DIAS/HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Manhã							
Tarde							
Noite							

CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO (preencher com a **hora inicial e final**, por turno)							
CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO			ÓRGÃO/EMPRESA			ADMISSÃO	
UNIDADE DE EXERCÍCIO			ENDEREÇO DA UNIDADE				
HORÁRIO							
DIAS/HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Manhã							
Tarde							
Noite							

CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO (preencher com a **hora inicial e final**, por turno)							
CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO			ÓRGÃO/EMPRESA			ADMISSÃO	
UNIDADE DE EXERCÍCIO			ENDEREÇO DA UNIDADE				
HORÁRIO							
DIAS/HORÁRIOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Manhã							
Tarde							
Noite							

São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de verificar a existência de acumulação de vínculos e a necessidade de apurar a sua legalidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE PROVENTOS

NOME/NOME SOCIAL:			
Percebe qualquer **PENSÃO** paga pela Administração Pública**?**			**SIM** ☐ **NÃO** ☐
Requereu qualquer **PENSÃO** na Administração Pública**?**			**SIM** ☐ **NÃO** ☐
ÓRGÃO/ENTIDADE	**NATUREZA (Temporária/Vitalícia)**	**Data de Inicio da concessão do beneficio**	**NOME DO INSTITUIDOR DA PENSÃO**
GRAU DE PARENTESCO COM O INSTITUIDOR DE PENSÃO:			
ANEXAR COMPROVANTE DE DEPENDENCIA ECONOMICA APRESENTADO NA DATA DO ÓBITO DO INSTITUIDOR			
APOSENTADO (A), EM DISPONIBILIDADE, OU NA RESERVA/REFORMA REMUNERADA?			SIM ☐ NÃO ☐
ÁREA DE ATUAÇÃO DO CARGO QUE ORIGINOU A APOSENTADORIA	**SAÚDE** ☐ **MAGISTÉRIO** ☐ **OUTRO** ☐ Qual?		

CARGO QUE ORIGINOU A APOSENTADORIA	DATA DE VIGENCIA	CARGA HORÁRIA	ESCOLARIDADE DO CARGO	ÓRGÃO/ENTIDADE	UF

FUNDAMENTO LEGAL:

QUAL O REGIME DE PREVIDÊNCIA:

Estou ciente do que diz o § 3º da Lei nº 8.112/90, transcrito abaixo:

"§ 3º Considera-se acumulação proibida a percepção de vencimento de cargo ou emprego público efetivo com proventos da inatividade, salvo quando os cargos de que decorram essas remunerações forem acumuláveis na atividade. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)"

Declaro, ainda, ter consciência de que constitui crime, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que, a penalidade aplicada no seu descumprimento varia de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME/NOME SOCIAL:

CARGO:

☐ Nenhum Dependente a declarar

Declaro que mantenho economicamente as seguintes pessoas, cuja relação de dependência específica abaixo:

Nome	Relação Parentesco	Data de Nascimento	Benefícios					
			Imposto de Renda		Auxilio Pré-Escolar		Acompanhamento de pessoa da família	
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observações: Especificar motivos da dependência de maiores de 21 anos

São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE BENS

NOME/NOME SOCIAL:

CARGO:

☐ Nomeado para o exercício de cargo Efetivo

☐ Nomeado para o exercício de Professor Temporário

☐ Ocupante cargo de Direção/Função Gratificada

☐ Exoneração

☐ Aposentadoria

☐ Nenhum bem a declarar

Declaro, de acordo com a Lei, que possuo os seguintes bens e valores

DISCRIMINAÇÃO DOS BENS E VALORES	VALOR: R$

São Cristóvão/SE
Data

Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

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

(Duas vias)

DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR		
NOME/NOME SOCIAL:		
MATRÍCULA SIAPE*:	CPF:	
CARGO/FUNÇÃO:	CÓDIGO*:	
UNIDADE DE LOTAÇÃO:	RAMAL:	

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 apresentada 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.

São Cristóvão/SE, ___ de _____ de _____.

_____

ASSINATURA

Código do cargo ou Função*:

*Obs.: Campos de preenchimento pela UFS

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME/NOME SOCIAL:
CARGO:
LOTAÇÃO:
CARGA HORÁRIA:
◯ **SIM**, aceito receber o auxílio alimentação. **Solicito minha inclusão para receber o Benefício Alimentação, por não receber idêntico benefício em outro Órgão Público, comprometendo-me a utilizá-lo conforme exigência da Legislação (Decreto nº 3.887/01 e Ofício Circular nº 3/SRH/MP de 2002), estando ciente de que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, possível de punição nos termos da Lei especifica, inclusive com a suspensão do referido beneficio.**
◯ **NÃO**, declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio alimentação.

São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO TRANSPORTE

NOME/NOME SOCIAL:
CARGO:
LOTAÇÃO:
Valor diário da despesa c/transporte coletivo Residência/Trabalho: Trabalho/Residência: Total Diário:
Percurso Utilizado:
Meio de Transporte:
Obs.: No caso de Docente, trazer comprovante de passagem do transporte intermunicipal.
◯ **SIM**, aceito receber o auxílio transporte. Estou ciente do parágrafo único do Art. 76, do Código Civil, transcrito abaixo: *"Têm domicílio necessário o incapaz, o servidor público, o militar, o marítimo e o preso. Parágrafo único. O domicílio do incapaz é o do seu representante ou assistente;* ***o do servidor público, o lugar em que exercer permanentemente suas funções****; o do militar, onde servir, e sendo da Marinha ou da Aeronáutica, a sede do comando a que se encontrar imediatamente subordinado; o marítimo, onde o navio estiver matriculado; e o do preso, o lugar em que cumprir a sentença."* **Estou ciente, também, que caso entregue comprovante de residência de outro estado, terei o prazo de até 30 dias, a contar da data da posse, para entregar um comprovante de residência do Estado de Sergipe.** Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsas, ficarei sujeito às penas da Lei.
◯ **NÃO**, declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio transporte.

São Cristóvão/SE Data	Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

TERMO DE OPÇÃO
AUXÍLIO NATALIDADE / AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR

Nome/Nome Social: _____

Matrícula/SIAPE*: _____

CPF: _____ **Telefone:** _____

Cargo: _____

Lotação: _____

Carga Horária: _____

Observações: _____

_____

☐ **SIM,** aceito receber os auxílios natalidade e/ou pré-escolar.

Solicito minha inclusão para receber o Auxílio Natalidade e/ou o Auxílio Pré-Escolar, por não receber idêntico benefício em outro Órgão Público Federal, comprometendo-me a utilizá-lo conforme exigência da Legislação (Art. 196 da Lei nº 8.112/90 e Decreto nº 977/93) , estando ciente de que o uso indevido do mesmo e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da Lei específica, inclusive com a suspensão do referido benefício.

Marque a(s) opção(ões) que deseja receber:

☐ **AUXÍLIO NATALIDADE** ☐ **AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR**

☐ **NÃO,** declaro para os devidos fins que não desejo receber os auxílios **natalidade** e **pré-escolar.**

São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

*Obs.: Campo de preenchimento pela UFS

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR-EXECPREV

Prezado (a) Servidor (a),

1. Considerando a publicação da ***Lei nº 13.183, de 04 de novembro de 2015***, a partir de 05 de novembro de 2015 aqueles que ingressarem em cargo público efetivo da União, suas autarquias e fundações, com remuneração superior ao limite máximo estabelecido para os benéficos do Regime Geral de Previdência Social, atualmente no valor de R$ 7.507,49 (sete mil, quinhentos e sete reais e quarenta e nove centavos), serão automaticamente inscritos no plano de previdência complementar ExecPrev desde a data de sua entrada em exercício.

2. Em caso de dúvidas por parte dos servidores, os órgãos deverão orientá-los a procurar um dos canais de atendimento da Funpresp-Exe (www.funpresp.com.br/portal/ ou 0800 282 6794).

Ciente, São Cristóvão/SE,

_____

Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO NO SIAPE*

SIM ☐ **NÃO** ☐

NOME/NOME SOCIAL:	
INSTITUIÇÃO DO VÍNCULO:	
CARGO:	
MATRÍCULA:	**DATA DE DESLIGAMENTO:**

Estou ciente, também, que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração e verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa de criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.	
São Cristóvão/SE Data	_____ Assinatura

* Informar mesmo que não tenha sido vínculo empregatício. Exemplo: Bolsista, Médico Residente, etc.

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE NÃO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DESEMPREGO

Eu, , inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob o nº , nomeado para o 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.**

São Cristóvão/SE, ____ de _____ de _____.

_____
Assinatura

Em atendimento à Lei nº 13.709/2018, informamos que todos os dados aqui coletados tem a finalidade de cadastro no Sistema de Folha de pagamento

BANCOS CREDENCIADOS

BANCO	SIGLA
BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S/A	BANCOOP
BANCO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL S/A	BANRISUL
BANCO DO BRASIL S/A	BB
BANCO BRADESCO S/A	BRADESCO
BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A	SICREDI
HSBC BANK BRASIL S/A	HSBC
BANCO MÚTIPLO E ITAU UNIBANCO S/A	ITAU
BANCO SANTANDER (BRASIL) S/A	SANTANDER
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL [03]	CEF

****Observação 01***: Conforme Ofício Circular nº 170/2016-MP (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), de 15 de fevereiro de 2016, os pagamentos da remuneração, proventos e benefícios serão feitos exclusivamente em instituições bancárias credenciadas acima.

****Observação 02***: As contas salários abertas deverão ser vinculadas ao CNPJ nº 13.031.547/0001-04.

****Observação 03***: As contas salários abertas na Caixa Econômica Federal (CEF) deverão ser vinculadas ao CNPJ nº 00.489.828/0010-46.