



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO DE PROFESSOR SUBSTITUTO, VISITANTE E TEMPORÁRIO

| | |
|-------------|--|
| 01 Cópia | Carteira de Identidade |
| 01 Cópia | CIC/CPF |
| 01 Cópia | Certidão de Reservista |
| 01 Cópia | Título de Eleitor |
| 01 Cópia | Declaração de Quitação com o Tribunal Regional Eleitoral (TRE) - Não precisa autenticar |
| Documento | Atestado Médico fornecido pela Junta Médica Oficial da UFS-DIASE |
| 01 Cópia | Diplomas e Históricos |
| 01 Cópia | Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento e CPF do Cônjuge |
| 01 Cópia | Certidão de Nascimento/Casamento e CPF dos dependentes |
| 01 Cópia | Comprovante de Residência - Não precisa autenticar |
| 01 Cópia | *Comprovante de Conta Salário - Não precisa autenticar |
| 01 Cópia | Cartão PIS/PASEP |
| 02 Unidades | Foto 3/4 |
| 01 Cópia | Visto e Passaporte (no caso de estrangeiro) |

OBSERVAÇÃO 01: Apresentar os formulários preenchidos e todas as fotocópias dos documentos autenticadas¹, exceto comprovante 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 SESA0, agendar imediatamente, junto ao Departamento de Recrutamento e Seleção de Pessoal (DRS), através do telefone (79) 3194-6565 e/ou do e-mail: drs@academico.ufs.br, a entrega da documentação exigida, que somente será aceita com a apresentação do ASO.

Formulários para Preenchimento:

| | |
|--------|---|
| 01 via | ● Ficha Cadastral |
| 01 via | ● Termo de Responsabilidade |
| 01 via | ● Declaração de Acumulação de Cargo, Emprego, Função Pública ou Proventos (trazer declaração do órgão ao qual está vinculado, constando carga horária semanal e a distribuição da mesma ao longo da semana) |
| 01 via | ● Declaração de Bens e Valores |
| 01 via | ● Declaração de Dependentes |
| 01 via | ● Declaração de Auxílio Alimentação |
| 01 via | ● Declaração de Auxílio Transporte |
| 01 via | ● Termo de Opção Auxílio Natalidade/Pré-Escolar |

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.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR
SETOR DE SAÚDE OCUPACIONAL**

| RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS PARA EMISSÃO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL Portaria SRT/MGI nº 4.515, de 26 de junho de 2024 | | |
|---|---|--|
| Hemograma completo com plaquetas- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | VDRL- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | Antígeno Prostático Específico - Cargos: todos os cargos (Homens Acima de 40 anos de idade.) |
| Colesterol total- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | Machado Guerreiro- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | Uréia- Cargos: todos os cargos (todas as idades). |
| Creatinina- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | Fezes (Parasitológico)- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | Ácido Úrico- Cargos: todos os cargos (todas as idades). |
| Triglicerídeos- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | Glicemia de jejum- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | Urina (Sumário)- Cargos: todos os cargos (todas as idades). |
| Tipagem sanguínea ABO e fator RH- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | TGO- Cargos: todos os cargos (todas as idades). | TGP- Cargos: todos os cargos (todas as idades). |
| Atestado de Sanidade Mental- Cargos: todos os cargos (todas as idades). (Relatório de Médico Psiquiatra de aptidão funcional). | | RAIO X DE TÓRAX PA/PERFIL - Cargos: todos os cargos (todas as idades). (apresentar laudo e película) |
| Audiometria Total das Vias Aéreas- Cargos: Técnicos em Telecomunicação (todas as idades). | | Videolaringoscopia- Cargos: Professor Efetivo e Professor Substituto (todas as idades), realizados até 180 dias antes da data de sua apresentação. |
| ELETROCARDIOGRAMA: Cargos: todos os cargos (idade abaixo de 40 anos). | | Eletroencefalograma- Cargos: Eletricista e Operadores de Máquinas e Caldeiras (todas as idades). |
| TESTE ERGOMÉTRICO: Cargos: todos os cargos (idade acima de 40 anos e para Professor do Departamento de Educação Física de todas as idades). | | EXAME OFTALMOLÓGICO- Cargos: todos os cargos (todas as idades). Relatório de Médico oftalmologista de aptidão funcional , realizados até 180 dias antes da data de sua apresentação. |
| Observação 1: Validade dos exames: Videolaringoscopia e exame oftalmológico: 180 dias; Demais exames: 60 dias. | | |
| Observação 2: Poderão ser solicitados outros exames a depender de avaliação médica durante o exame admissional. | | |
| Observação 3: Os exames somente serão aceitos em sua totalidade e na forma impressa. | | |

Para agendamento da avaliação médica admissional:

Setor de Saúde Ocupacional-SESAO

Telefones: 3194-7129/ 3194-6590

E-mail: sesaoufs@academico.ufs.br



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 <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> 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: | | MUNICÍPIO: | | UF: | CEP: |
| COMPLEMENTO: | | | EMAIL: | | |
| TELEFONE: | | | CELULAR: | | |
| BANCO: | | AGENCIA: | | CONTA SALÁRIO: | |
| Declaro, para os devidos fins, não ter encerrado contrato por tempo determinado nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, nos termos previstos no Art. 9º, inciso III da Lei 8.745/93. Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade da informação declarada, ciente de que, se falsa, ficarei sujeito(a) às penas da Lei. | | | | | |
| 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 RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF _____ declaro, para os devidos fins e prova, não ter encerrado contrato por tempo determinado com a administração pública federal nos últimos 24 (vinte e quatro) meses e que tenho ciência da referida vedação constante no edital de professor substituto nº _____ do qual sou candidato(a) aprovado(a) e convocado(a), conforme termos previstos no Art. 9, inciso III da Lei 8.745/93.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade da informação declarada, ciente de que, se falsa, não poderei ser cadastrado(a) como professor(a) substituto(a) na Universidade Federal de Sergipe e ficarei sujeito(a) às penas da Lei.

Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos, de de .

Assinatura do(a) candidato(a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA OU PROVENTOS

| | | | | |
|---|--------------|----------------------------------|-----------------|-------|
| 01-NOME/NOME SOCIAL | | | 02-MATRÍCULA | |
| 03-RG | 04-CPF | 05-ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA/AV. | | 06-Nº |
| 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 pública, além do que ocupo na UFS. Declaro que: () exerço outro cargo, emprego ou função pública (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, FUNÇÃO PÚBLICA OU PROVENTOS

ANEXO À DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE VÍNCULOS PÚBLICOS

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 DEPENDENTES

| NOME/NOME SOCIAL: | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|------------------|-----|---------------------|-----|-------------------------------------|-----|--|
| CARGO: PROFESSOR SUBSTITUTO | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | | Auxílio 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 AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

| | |
|---|------------|
| NOME/NOME SOCIAL: | |
| CARGO: PROFESSOR SUBSTITUTO | |
| LOTAÇÃO: | |
| CARGA HORÁRIA: | |
| <p>SIM, aceito receber o auxílio alimentação.</p> <p>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, 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 específica, inclusive com a suspensão do referido benefício.</p> | |
| <p>NÃO, declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio alimentação.</p> | |
| São Cristóvão/SE | |
| Data | Assinatura |



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO TRANSPORTE

| | |
|---|------------|
| NOME/NOME SOCIAL: | |
| CARGO: PROFESSOR SUBSTITUTO | |
| LOTAÇÃO: | |
| <u>Valor diário da despesa c/transporte coletivo</u> | |
| Residência/Trabalho: | |
| Trabalho/Residência: | |
| Total Diário: | |
| Percurso Utilizado: | |
| Meio de Transporte: | |
| Obs.: No caso de <u>Docente</u>, 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: <i>"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."</i> Estou ciente, também, que caso entregue comprovante de residência de outro estado, terei o prazo de até 30 dias, a contar da data da contratação, 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: PROFESSOR SUBSTITUTO

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

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 |
| CAIXA ECONÔMICA FEDERAL | CEF |
| HSBC BANK BRASIL S/A | HSBC |
| BANCO MÚTIPLA E ITAU UNIBANCO S/A | ITAU |
| BANCO SANTANDER (BRASIL) S/A | SANTANDER |
| BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A | SICREDI |

***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 00.489.828/0010-46.