



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO**

<b>CÓPIAS</b>	<b>01 (uma)</b>	PIS/PASEP;
	<b>01 (uma)</b>	Carteira de Identidade e CPF;
	<b>01 (uma)</b>	Título de Eleitor e Certidão de Quitação Eleitoral;
	<b>01 (uma)</b>	Certidão de Reservista;
	<b>01 (uma)</b>	Comprovante de Residência ( <b>Não precisa autenticar</b> );
	<b>01 (uma)</b>	*Comprovante de Conta Salário ( <b>Não precisa autenticar</b> );
	<b>01 (uma)</b>	Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento e CPF do Cônjuge;
	<b>01 (uma)</b>	Certidão de Nascimento/Casamento e CPF dos dependentes;
	<b>02 (duas)</b>	Fotos 3/4;
	<b>01 (uma)</b>	Registro no Conselho Regional da Categoria e Certidão de quitação ( <b>De acordo com a exigência do cargo</b> );
	<b>TÉCNICO-ADMINISTRATIVO</b>	
<b>01 (uma)</b>	Certificados Escolares com os Históricos Escolares, <b>de acordo com a exigência do Edital</b> ;	
<b>DOCENTE</b>		
<b>01 (uma)</b>	Diplomas, de acordo com a exigência do Edital, com os respectivos <u>Históricos</u>	
<b>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.</b>		

**INFORMAMOS QUE OS FORMULÁRIOS EM ANEXO SÃO EDITÁVEIS. CASO PREFIRA PREENCHÊ-LOS DE PRÓPRIO PUNHO, SOLICITAMOS QUE SEJA FEITO COM LETRA DE FORMA.**

<b>01 (uma)</b> Ficha Cadastral
<b>01 (uma)</b> Declaração de Acumulação de Cargos ( <b>Apresentar uma Declaração com a distribuição da carga horária no órgão vinculado</b> )
<b>01 (uma)</b> Declaração de Acumulação de Proventos ( <b>Apresentar documento de concessão do benefício</b> )
<b>01 (uma)</b> Declaração de Dependentes ( <b>Apresentar o CPF dos dependentes</b> )
<b>01 (uma)</b> Declaração de Bens
<b>02 (dois)</b> Formulários de Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física
<b>01 (uma)</b> Declaração de Auxílio Alimentação
<b>01 (uma)</b> Declaração de Auxílio Transporte ( <b>Docentes: Apresentar comprovante de passagem</b> )
<b>01 (um)</b> Termo de Opção Auxílio Natalidade/Pré-Escolar
<b>01 (um)</b> Formulário do Plano de Previdência Complementar-Execprev
<b>01 (uma)</b> Declaração de Vínculo no SIAPE
<b>01 (uma)</b> Declaração de Não Beneficiário do Seguro Desemprego
<b>01 (um)</b> Visto e Passaporte ( <b>No caso de Estrangeiro</b> )

**OBSERVAÇÃO 01:** Apresentar os formulários preenchidos e todas as fotocópias dos documentos autenticadas<sup>1</sup>, 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](mailto:sesaoufs@academico.ufs.br), para que o médico da UFS emita Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

**OBSERVAÇÃO 03:** Após agendamento com o SESA0, 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](mailto:concursos@academico.ufs.br), a entrega da documentação exigida, que somente será aceita com a apresentação do ASO.

<sup>1</sup> 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**

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

Para agendamento da avaliação médica admissional:

**Setor de Saúde Ocupacional-SESAO**

Telefones: 3194-7129/ 3194-6590

E-mail: [sesaoufs@academico.ufs.br](mailto: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/EMIÇÃO:	
TITULO ELEITORAL:	ZONA:	SEÇÃO:	DATA/EMIÇÃO:	UF:
COMP.MILITAR Nº:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SÉRIE:	DATA/EMIÇÃO:	
PIS/PASEP Nº:	PASSAPORTE Nº:	DATA 1º EMPREGO:		
ENDEREÇO:				Nº
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	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-Nº
07-COMPLEMENTO		08-BAIRRO	09-CIDADE	
10-TEL.RESID.	11-TEL.MÓVEL	12-RAMAL (UFS)	13-EMAIL	
<b>Declaro que:</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) <u>não exerço</u> nenhum outro cargo, emprego ou função, além do que ocuparei na UFS.				
<b>Declaro que:</b> ( ) <u>atualmente exerço</u> outro cargo, emprego ou função, mas, em caso de posse, me desligarei do meu atual vínculo, conforme Declaração de Compromisso de Regularização de Vínculos para Cargos Não Acumuláveis.				
<b>Declaro que:</b> ( ) <u>exerço</u> outro cargo, emprego ou função, além do que ocuparei na UFS ( <b>marcada esta opção, favor preencher os campos em anexo</b> ).				
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
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				
<b>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.</b>				
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

<b>NOME/NOME SOCIAL:</b>					
Percebe qualquer <b>PENSÃO</b> paga pela Administração Pública?				<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Requerer qualquer <b>PENSÃO</b> na Administração Pública?				<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>ÓRGÃO/ENTIDADE</b>	<b>NATUREZA</b> (Temporária/Vitalícia)	<b>Data de Início</b> da concessão do benefício	<b>NOME DO INSTITUIDOR DA PENSÃO</b>		
<b>GRAU DE PARENTESCO COM O INSTITUIDOR DE PENSÃO:</b>					
ANEXAR COMPROVANTE DE DEPENDENCIA ECONOMICA APRESENTADO NA DATA DO ÓBITO DO INSTITUIDOR					
APOSENTADO (A), EM DISPONIBILIDADE, OU NA RESERVA/REFORMA REMUNERADA?				<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO DO CARGO QUE ORIGINOU A APOSENTADORIA</b>		SAÚDE <input type="checkbox"/> MAGISTÉRIO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>		Qual?	
<b>CARGO QUE ORIGINOU A APOSENTADORIA</b>	<b>DATA DE VIGENCIA</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>	<b>ESCOLARIDADE DO CARGO</b>	<b>ÓRGÃO/ENTIDADE</b>	<b>UF</b>
<b>FUNDAMENTO LEGAL:</b>					
<b>QUAL O REGIME DE PREVIDÊNCIA:</b>					
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)”  <b>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.</b>					
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:									
<input type="checkbox"/> Nenhum Dependente a declarar									
<b>Declaro que mantenho economicamente as seguintes pessoas, cuja relação de dependência específica abaixo:</b>									
Nome	Relação Parentesco	Data de Nascimento	Benefícios						
			Imposto de Renda		Auxílio Pré-Escolar		Acompanhamento de pessoa da família		
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
<b>Observações: Especificar motivos da dependência de maiores de 21 anos</b>									
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:	
<p><b>SIM</b>, aceito receber o auxílio alimentação.</p> <p><b>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 específica, inclusive com a suspensão do referido benefício.</b></p>	
<p><b>NÃO</b>, declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio alimentação.</p>	
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:	
<u>Valor diário da despesa c/transporte coletivo</u>	
Residência/Trabalho:	
Trabalho/Residência:	
Total Diário:	
Percurso Utilizado:	
Meio de Transporte:	
<b>Obs.: No caso de <u>Docente</u>, trazer comprovante de passagem do transporte intermunicipal.</b>	
<b>SIM</b> , 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> <b>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.</b> Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsas, ficarei sujeito às penas da Lei.	
<b>NÃO</b> , 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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## 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\$ 7.786,02 (sete mil, setecentos e oitenta e seis reais e dois 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/](http://www.funpresp.com.br/portal/) ou 0800 282 6794).

Ciente, São Cristóvão/SE,

---

Assinatura



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

## DECLARAÇÃO DE VÍNCULO NO SIAPE\*

**SIM**

**NÃO**

<b>NOME/NOME SOCIAL:</b>	
<b>INSTITUIÇÃO DO VÍNCULO:</b>	
<b>CARGO:</b>	
<b>MATRÍCULA:</b>	<b>DATA DE DESLIGAMENTO:</b>

Estou ciente, também, que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é 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.



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



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
BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A	SICREDI
HSBC BANK BRASIL S/A	HSBC
BANCO MÚTIPLA E ITAU UNIBANCO S/A	ITAU
BANCO SANTANDER (BRASIL) S/A	SANTANDER
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL <sup>03</sup>	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.