



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 ¾
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 SESAOU, 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
01 via	● Termo de Responsabilidade SEI (Usuário Externo)

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 ☐ PRETA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA ☐ PARDA				
DEFICIENCIA FÍSICA:		ESCOLARIDADE:		TITULAÇÃO:
IDENTIDADE:		ORGÃO EXPEDIDOR:	UF:	DATA/EMIÇÃO:
TÍTULO 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:	
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		



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								
☐ 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			Assinatura					
Data								



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

NOME/NOME SOCIAL:	
CARGO: PROFESSOR SUBSTITUTO	
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, 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.	
NÃO, declaro para os devidos fins que não desejo receber o auxílio alimentação.	
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

TERMO DE RESPONSABILIDADE SEI (USUÁRIO EXTERNO)

A realização do cadastro como Usuário Externo no SEI da UFS importará na aceitação de todos os termos e condições que regem o processo eletrônico, conforme Decreto no 8.539, de 8 de outubro de 2015, e demais normas aplicáveis, admitindo, como válida, a assinatura eletrônica na modalidade cadastrada (login/senha), tendo como consequência a responsabilidade pelo uso indevido das ações efetuadas, as quais serão passíveis de apuração civil, penal e administrativa. Ainda, declaro que são de minha exclusiva responsabilidade:

I – Utilizar as credenciais de acesso (usuário e senha) de forma pessoal e intransferível,

II – A observância de que os atos processuais em meio eletrônico se consideram realizados no dia e na hora do recebimento pelo SEI, sendo tempestivos os atos praticados até as 23 horas e 59 minutos e 59 segundos do último dia do prazo, considerado sempre o horário oficial de Brasília, independentemente do fuso horário em que se encontre o usuário externo;

IV – As condições de sua rede de comunicação, o acesso a seu provedor de internet e a configuração do computador utilizado nas transmissões eletrônicas.

Nome:	
RG:	Emissor:
CPF:	E-mail:
Local:	Data:



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 MÚLTIPLO 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 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.