



CADASTRO DE PESSOAL

SIAPE: _____

SIAPCAD: _____

(ESPAÇO RESERVADO À SUGEP)

DADOS PESSOAIS

*CPF Nº:

*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 Nº: *ÓRGÃO EXPEDIDOR:..... *UF:.....

*DATA DA EXPEDIÇÃO: / /

*TÍTULO ELEITORAL Nº: *UF:.....

*ZONA:..... *SEÇÃO:..... *DE:/...../.....

****COMP.MILITAR Nº:**..... ***ÓRGÃO EXPEDIDOR:**..... ***SÉRIE:**.....

CARTEIRA DE TRABALHO Nº:..... SÉRIE:..... UF:.....

CART. MOTORISTA Nº:..... REG.:..... UF:..... EXPED:...../...../.....

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

*PIS / PASEP Nº: ****PASSAPORTE Nº:**.....

RESIDÊNCIA

*LOGRADOURO (RUA/AV.): *Nº.....

*COMPLEMENTO:..... *BAIRRO:..... *MUNICÍPIO:.....

*UF *PAÍS..... *CEP - CAIXA POSTAL

*TEL (): *CEL(): *E-MAIL

TELEFONES DE CONTATO (FAMILIARES/OUTROS)

*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....

*NOME:..... FONE:..... PARENTESCO:.....



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Desenvolvimento de Pessoas
Seção de Planejamento de Pessoal



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 estar vinculada à 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

*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

** PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, QUANDO FOR O CASO



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

NOME: _____

CARGO EFETIVO: _____ MATRÍCULA _____

UNIDADE DE LOTAÇÃO: _____

REGIME DE TRABALHO: _____ Dedicção Exclusiva: SIM NÃO

(O vínculo no regime de dedicação exclusiva impede o docente de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada.)

***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, não 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: _____		
Horário de execução do trabalho:	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade - Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012. e Declaração da Instituição que se trabalha constando local, jornada de trabalho e carga horária total.

PERCEBO Bolsa de Pesquisa, Ensino e Extensão:

Nome da Instituição:			
Órgão:	() Municipal () Estadual () Federal		
Área	() Magistério () Técnico/Científico		
Carga Horária Semanal:	() 20 h () 30 h () 40 h () Outro: _____		
Horário de execução da atividade	De _____ às _____ horas/De _____ às _____ horas		
Data do Ingresso:	____/____/____.	Escolaridade:	

Obs: Apresentar termo de responsabilidade -Portaria Normativa SRH n. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012 e Declaração da Instituição concedente constando local, jornada de trabalho e carga horária total.



Ministério da Educação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Departamento de Administração de Pessoas



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. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012

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. 2/2011 de 08.11.2011 e Portaria Normativa n. 2/2012 – SEGEP/MPOG de 12.03.2012

DECLARO 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 ter conhecimento de que é minha obrigação compatibilizar os horários em caso de acumulação lícita e que o interesse público sempre deverá se sobrepor a interesses pessoais e privados, **devendo adequar-me as necessidades desta instituição.**

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 PROGEPE/UFRPE qualquer alteração nesta situação.

Recife, ____/____/____

DECLARANTE



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 eu 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, e Lei nº 9.849, de 1999.

Recife, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do(a) Servidor (a)



DECLARAÇÃO

Eu, _____,
RG nº _____ CPF nº _____, aprovado em concurso público simplificado para Professor _____ (Substituto, Temporário ou Visitante) conforme Contrato nº ____/20____-PROGEPE/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)



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) Servidor (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.



TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE eu
_____, RG _____, CPF
_____, ocupante do cargo _____, declaro
desconhecer a existência de qualquer situação que possa caracterizar conflito de interesse. Bem
como assumo, perante esta Instituição Federal de Ensino Superior, o compromisso de prontamente
comunicar à autoridade competente o surgimento de quaisquer situações configuradas como
conflito de interesses, nos termos da Lei 12.813 de 16 de maio de 2013.

_____, _____ de _____ de _____.
Assinatura do servidor



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
SEÇÃO DE PLANEJAMENTO DE PESSOAL

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Nome completo e sem abreviaturas:	
Registro Geral (Identidade):	Órgão Expedidor:
CPF:	Telefones com DDD: ()
Endereço eletrônico (E-mail):	

Declaro, para fins de direito, que as informações e os documentos apresentados para contratação na UFRPE, enviados via e-mail: spp.progepe@ufrpe.br, são verdadeiros e autênticos.

Fico ciente através deste documento que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais havendo a declarar e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.

Local e data

Assinatura do(a) declarante