|  |
| --- |
| CADASTRO(Docentes) |

**Nome**: 

Data de Nascimento:  Cidade de Nascimento:  UF: 

Sexo:  Grupo Sanguíneo:  Fator RH: 

Estado Civil:  Nº de filhos menores de 21 anos: 

Nome do Cônjuge: 

Nome do Pai: 

Nome da Mãe: 

Cor/Origem Étnica:  Nacionalidade: 

Deficiência:   Qual a Deficiência? 



### Endereço

Logradouro: ****

Nº:  Complemento: 

Bairro:  Município:  UF: 

CEP:  Telefone:  Celular: 

Endereço Eletrônico: 

**CPF**:  

**Carteira de Identidade** n°:  Órgão Expedidor:  UF: 

Data de Expedição: 

**Título de Eleitor** nº:  Zona:  Seção: 

Município:  UF:  Data Expedição: 

**Registro Militar** nº:  Órgão de Expedição: 

Categoria:  Arma:  Série: 

**Carteira de Trabalho** nº:  Série:  UF: 

Data de Emissão:  Data do Primeiro Emprego: 

**Carteira de Classe** nº:  Órgão:  UF: 

Data de Emissão: 

**Estrangeiro**: Passaporte nº:  Data de chegada: 

País de origem:  Data de Publicação Diário Oficial: 

**Banco**:  Nº da Agência: 

N° da Conta Corrente: 

Bairro:  Cidade:  UF: 

**Escolaridade (exigida para o cargo)**

**Curso de Graduação (exigido para o cargo):** 

Estabelecimento de Ensino: 

Município:  UF:  Concluído em: 

**Pós-Graduação (exigida para o cargo):** 

**Titulação:** 





**Formação:** 

Estabelecimento de Ensino: 

Município:  País (Exterior): 

Concluído em: 

**REQUERIMENTO DO AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**

NOME: 

MATRÍCULA UFSC:  MATRÍCULA SIAPE: 

LOTAÇÃO:  RAMAL: 

LOCALIZAÇÃO:  RAMAL: 

CARGO: 

CARGA HORÁRIA: ****20 HORAS  ****40 HORAS ****DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

É SERVIDOR(A) DE OUTRO ORGÃO PÚBLICO ? ****Sim  ****Não

NOME DO ORGÃO:  TELEFONE: 

JÁ RECEBE BENEFÍCIO NESTE ORGÃO? ****Sim  ****Não

Desejo receber o auxílio alimentação, de conformidade com o Art. 3° da Lei 9.527, de 1997, por não **usufruir de idêntico benefício em outro órgão público**, comprometendo-me a utilizá-lo conforme explicita a legislação. 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 benefício.

Florianópolis,  de  de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a)

**De acordo:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Divisão de Benefícios e Licenças - DBL/DAP

⬜ Incluído SIAPE, em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_\_\_.

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS E VÍNCULO SOCIETÁRIO**

NOME: 

CARGO: 

LOTAÇÃO: 

HORÁRIO:  REGIME DE TRABALHO: 

Em consonância com o disposto nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal e dos artigos 118 § 1º e 2º, 119 e 120 da Lei nº 8.112 de 11 de novembro de 1990, com redação dada pela Lei nº 9.527 de 10 de dezembro de 1997, e em face do contido no Decreto nº 2.027 de 11 de outubro de 1996, declaro que:



cargo ou emprego público efetivo na Administração Pública Direta, nas Autarquias, nas Fundações mantidas pelo Poder Público, nas Empresas Públicas e nas Sociedades de Economia Mista.

**Em caso positivo reencher o quadro abaixo:**

ORGÃO/EMPRESA 

CARGO: 

DATA ADMISSÃO:  UF: 

REGIME DE TRABALHO: 

HORÁRIO: 

**Para tanto, faço juntada da cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) ou outro documento comprobatório de vínculo.**

Declaro que:



vínculo empregatício remunerado em empresa privada.

**Em caso positivo, preencher o quadro abaixo:**

EMPRESA 

CARGO: 

DATA ADMISSÃO:  UF: 

REGIME DE TRABALHO: 

HORÁRIO: 

**Para tanto, faço juntada da cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) ou outro documento comprobatório de vínculo.**

Declaro que:



proventos decorrentes de aposentadoria inacumulável com o cargo exercido na UFSC ou que tomarei posse.

**Em caso positivo, preencher o quadro abaixo:**

ÓRGÃO/EMPRESA QUE CONCEDEU APOSENTADORIA 

CARGO: 

PORTARIA:  DATA PUBLICAÇÃO:  UF: 

ÁREA: 

**Para tanto, faço juntada da cópia de contracheque recente ou outro documento comprobatório de vínculo.**

Conforme o disposto no inciso X do art. 117 da Lei 8.112 de 11 de novembro de 1990, com redação dada pela Lei 11.094 de 13 de janeiro de 2005, declaro que:



do quadro societário de sociedade privada, de gerência ou administração de sociedade privada personificada ou não personificada.

**Em caso positivo, preencher o quadro abaixo:**

EMPRESA 

CNPJ: 

TIPO DE PARTICIPAÇÃO: 

**Para tanto, faço juntada da cópia do Contrato Social ou outro documento comprobatório de vínculo.**

Comprometo-me a comunicar ao Departamento de Administração de Pessoal/DAP/PRODEGEP qualquer alteração que vier a ocorrer em minha vida funcional que não atenda aos dispositivos legais previstos para os casos de acumulação de cargos.

Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ele responderei, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste momento.

FLORIANÓPOLIS, 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO SERVIDOR

**DECLARAÇÃO**

Eu, ,

(nome)

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 Penal².

FLORIANÓPOLIS, 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a)

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

DECLARO, em cumprimento ao disposto no art. 13, § 5° da Lei nº. 8.112 de 11.12.90, que  **POSSUO**   **NÃO POSSUO** bens e valores que constituem Patrimônio, sendo:

1. 



 

1. 



 

1. 



 

1. 



 

1. 



 

Florianópolis,  de  de .

Nome Completo: 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, ,

(nome)

,

(situação funcional: servidor ativo ou professor substituto/visitante)

inscrito no CPF sob o nº , responsabilizo-me, nos termos do inciso III, do art. 116, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a fornecer comprovante(s) de rendimentos (contracheque) nos prazos e períodos previstos nos incisos I a III do art. 1º da Portaria Normativa nº 02/SRH/MPG, de 08 de novembro de 2011, publicada no DOU de 09/11/2011, e em todas as ocasiões em que for solicitado.

Florianópolis,  de  de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a)

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

**DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR**

NOME: 

CARGO: 

LOTAÇÃO: 

CPF: 

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo, para fins do cumprimento à exigência contida no § 4° do art. 13 da Lei n° 8.429, de 1992, o acesso às declarações anuais apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil, com as respectivas retificações, tendo em vista o disposto no § 2°.do art 3°.do decreto n°.5.483, de 30 de junho de 2005.

Florianópolis,  de  de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a)

**Nota:** Todo o agente público, no âmbito do Poder Executivo Federal, deverá autorizar o acesso, pormeio eletrônico, às cópias de suas Declarações de Ajuste Anual do IRPF, com as respectivas ramificações, apresentadas à SRF/MF **ou** apresentar anualmente, em papel, Declaração de Bens e Valores que compõem o seu patrimônio privado, a fim de ser arquivada no Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Administração, em sua pasta funcional. Considera-se agentes públicos, os servidores públicos ocupantes de cargo de provimento efetivo ou em comissão, de qualquer nível ou natureza, os empregados públicos, os diretores e empregados de empresas estatais, os agentes que exercem mandato em órgão e conselhos de caráter deliberativo e aqueles contratados por tempo determinado, nos termos da Lei n°. 8.745/93.

**TERMO DE OFERTA DO PLANO DE BENEFÍCIOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DO PODER EXECUTIVO**

Prezado (a) Servidor (a),

Em cumprimento ao disposto no artigo 16 da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, oferecemos-lhe a adesão ao **Plano de Benefícios dos Servidores Públicos Federais do Poder Executivo (Plano Executivo Federal)**, administrado pela Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe) e aprovado pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC) por meio da Portaria do Diretor de Análise Técnica da PREVIC n° 44, de 31 de janeiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 04 de fevereiro de 2013.

O Plano Executivo Federal é disponibilizado a todos os servidores públicos titulares de cargo efetivo dos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo Federal. Trata-se de plano de previdência complementar do tipo contribuição definida que garante aos seus Participantes benefícios programados e de risco.

Os servidores públicos federais do Executivo que ingressaram em cargo público, a partir de 05/11/2015, com **remuneração superior ao teto do INSS** tem a inscrição feita **automaticamente** a partir do início do exercício no órgão. Caso o servidor não tenha interesse no plano, basta acessar o sistema SIGEPE e optar pela desistência no **prazo de 90 dias, a partir do exercício.** Já para os Servidores públicos federais do Executivo com **remuneração inferior ao teto do INSS**, a inscrição é facultativa e poderá ser feita a qualquer tempo.

Caso Vossa Senhoria faça a sua inscrição no Plano Executivo Federal, as suas contribuições regulares ao Plano serão descontadas diretamente do seu contracheque e repassadas à Funpresp-Exe, em conformidade com o Regulamento do Plano e a legislação em vigor.

|  |
| --- |
| Para mais esclarecimentos acerca do Plano Executivo Federal, dirija-se à Coordenadoria de Aposentadorias, Pensões e Exonerações – CAPE/DAP/PRODEGESP, ou diretamente à Funpresp-Exe, especialmente pelos canais de atendimento disponibilizados pelo endereço eletrônico [www.funpresp-exe.com.br](http://www.funpresp-exe.com.br).  Ciente em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do (a) Servidor (a)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do (a) Servidor (a) |

Declaro que o(a) servidor(a) acima referido(a) recusou-se a dar ciência ao **TERMO DE OFERTA DO PLANO DE BENEFÍCIOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DO PODER EXECUTIVO (PLANO EXECUTIVO FEDERAL)**.

Florianópolis, \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do servidor da unidade de RH do órgão/entidade

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Primeira testemunha*  *Segunda Testemunha*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Assinatura primeira testemunha* *Assinatura Segunda Testemunha*