

KIT CONTRATAÇÃO

PROFISSIONAIS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS EM LINGUAGEM DE SINAIS

Informações para contratação
Edital n.º11, de 01 de setembro de 2017

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO PARÁ**

REITORIA

End.: Avenida João Paulo II - Bairro: Castanheira - Belém – PA

Tel.: (91) 3342 0621



**INSTITUTO
FEDERAL**
Pará

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------|----|
| Procedimentos | 3 |
| Observações importantes | 4 |
| Exames para perícia médica | 5 |
| Documentos para posse | 6 |
| Informações adicionais | 7 |
| Ficha de dados cadastrais | 9 |
| Declaração de bens e valores | 11 |
| Declaração de acumulação | 13 |
| Declaração de aceitação | 14 |
| Formulário I (IR) | 16 |
| Formulário II (IR) | 17 |
| Declaração de residência | 24 |
| Declaração de desistência de vaga | 25 |
| Termo de compromisso | 26 |
| Declaração | 27 |
| Declaração de Aproveitamento | 28 |
| Questionário exame investidura | 29 |



**INSTITUTO
FEDERAL**
Pará

PROCEDIMENTOS

1º. Fazer os exames médicos exigidos neste KIT e Edital para a contratação no cargo (**responsabilidade do candidato**);

2º. De posse dos resultados dos exames médicos, agendar perícia médica na **Coordenação de Assistência e Qualidade de Vida (CAQV/REITORIA)**, fone **(91) 99188 – 4269**. Após o agendamento, compareça ao **Gabinete Médico - IFPA Campus Belém, localizado na Av. Almirante Barroso, nº 1155, entre as Travessas Mariz & Barros e Timbó Bairro: Marco Belém/PA**, para submeter-se à Perícia Médica Oficial do IFPA (**exame pré-admissional**);

FIQUE ATENTO!

- Comparecer com cópias e originais de todos os exames médicos para apresentar no ato da avaliação pericial;
- As candidatas em estado gestacional não precisarão apresentar o exame de Raio X, PA e Perfil;
- Os candidatos Pcd deverão se submeter à avaliação pericial por junta médica;
- Horário de **agendamento e realização da avaliação pericial: segunda à sexta – 9h às 11h30 e 14h às 17h.**

3º. Juntar o Laudo da Perícia Médica Oficial e os exames médicos exigidos no Edital e no KIT à documentação necessária para a contratação, listada conforme o Edital e o KIT. Comparecer munido de todos os documentos à **Diretoria de Gestão de Pessoas, localizada na Av. João Paulo II, S/Nº, entre Pass. Mariano e Pass. Coração de Jesus Bairro: Castanheira Belém PA**, observado o prazo legal de **30 (trinta dias)**, a contar da publicação no Diário Oficial da União;

4º. O termo de apresentação será enviado posteriormente junto com a pasta funcional do candidato para unidade de lotação que foi contratado.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Ressalvados os casos previstos na Constituição, é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos.

RECEITA FEDERAL

Quitação junto à Receita Federal (C.P.F. sem pendências)

EXAMES PARA PERÍCIA MÉDICA

1. **QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE CONTRATAÇÃO EM CARGO PÚBLICO**
[Página 28 do KIT]
2. **HEMOGRAMA COMPLETO** *[Original e cópia]*
3. **GLICEMIA EM JEJUM** *[Original e cópia]*
4. **TIPAGEM SANGUÍNEA + FATOR RH** *[Original e cópia]*
5. **E.C.G. – ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO DO RESULTADO DO EXAME**
[Original e cópia]
6. **LAUDO MÉDICO CARDIOLOGICO EMITIDO POR MÉDICO CARDIOLOGISTA OU CIRURGIÃO CARDÍACO** *[Original e cópia]*
7. **LAUDO PSQUIÁTRICO EMITIDO POR MÉDICO PSQUIATRA REGULARMENTE REGISTRADO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – CRM** *[Original e cópia]*

FIQUE ATENTO!

O médico (cardiologista, psiquiatra, neurologista e/ou otorrinolaringologista) que emitir o laudo de aptidão para o exame de contratação deverá ter sua especialidade devidamente registrada no conselho de medicina (CRM/CFM). O candidato poderá consultar se o médico possui o registro no site “https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_medicos&Itemid=59”. Caso o médico não disponibilize no laudo o RQE (registro de qualificação de especialista) referente a especialidade declarada, o candidato deverá imprimir a página do site do CFM contendo a especialidade e levar no dia da avaliação pericial.

8. **RADIOGRAFIA DO TÓRAX PA E PERFIL COM LAUDO** *[Original e cópia]*
9. **CREATININA** *[Original e cópia]*
10. **URINA I** *[Original e cópia]*
11. **AST/TGO** *[Original e cópia]*
12. **ALT/TGP** *[Original e cópia]*
13. **FOSFATASE ALCALINA** *[Original e cópia]*
14. **GAMA GT** *[Original e cópia]*
15. **CARTEIRA DE VACINAÇÃO ATUALIZADA: TÉTANO, FEBRE AMARELA E HEPATITE B** *[Original e cópia]*
16. **MULHERES GRÁVIDAS ESTÃO DISPENSADAS DE APRESENTAR A RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL, MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DE EXAME DE BHCG POSITIVO, ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA OU EXAME EQUIVALENTE QUE COMPROVE A GRAVIDEZ.**

FIQUE ATENTO!

- Os exames médicos solicitados para a realização da inspeção médica oficial serão realizados pelo candidato às suas expensas.
- O candidato que tenha alguma contraindicação para aplicação das vacinas indicadas para o exame admissional deverão comparecer com laudo médico constando o motivo.
- Durante a Perícia Médica Oficial, poderão ser solicitados exames complementares, na necessidade de esclarecimento diagnóstico, a critério da equipe de avaliação médica.
- O candidato convocado somente será contratado se for considerado **APTO** na Perícia Médica Oficial, homologada por Junta Médica Oficial do IFPA, de caráter eliminatório.
- O candidato considerado **INAPTO** na Perícia Médica Oficial estará impedido de ser contratado e terá seu ato de contratação tornado sem efeito.
- O candidato convocado para a realização da Perícia Médica Oficial, que não se apresentar no local e prazo estabelecido será eliminado do Processo Seletivo.

DOCUMENTOS PARA POSSE

1. DOCUMENTO DE SOLICITAÇÃO DE VACÂNCIA OU EXONERAÇÃO DO CARGO ANTERIOR, CASO SEJA SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, ESTADUAL OU FEDERAL (ESTATUTÁRIO) E/OU PEDIDO DE DEMISSÃO DO EMPREGO ANTERIOR, CASO O CANDIDATO SEJA EMPREGADO PÚBLICO DE EMPRESA PÚBLICA, SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA OU EMPREGADO DE EMPRESA PRIVADA *[Original e cópia]*
2. CERTIDÃO DE NASCIMENTO (SE FOR SOLTEIRO) OU CASAMENTO (SE FOR CASADO) *[Original e cópia]*
3. CARTEIRA DE IDENTIDADE *[Original e cópia]*
4. CPF *[Original e cópia]*
5. CERTIFICADO DE RESERVISTA PARA OS CANDIDATOS DO SEXO MASCULINO *[Original e cópia]*
6. COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE COM OS RESPECTIVOS HISTÓRICOS *[Original e cópia]*
7. COMPROVANTE DE REGISTRO NO ÓRGÃO DE CLASSE, CASO SEJA PRÉ-REQUISITO PARA CONTRATAÇÃO NO CARGO EXIGIDO NO EDITAL *[Original e cópia]*
8. CERTIDÃO NEGATIVA DA POLICIA FEDERAL *[Original]*
9. CERTIDÃO NEGATIVA DA POLICIA CIVIL *[Original]*
10. CERTIDÃO NEGATIVA DO TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL *[Original]*
11. CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA MILITAR FEDERAL *[Original]*
12. CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA MILITAR ESTADUAL *[Original]*
13. CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA FEDERAL *[Original]*
14. CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA ESTADUAL *[Original]*
15. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA *[Original e cópia]*
16. TÍTULO ELEITORAL COM OS ÚLTIMOS COMPROVANTES DE VOTAÇÃO *[Original e cópia]*.
17. DOCUMENTO DE INSCRIÇÃO NO PIS / PASEP *[Original e cópia]*
18. NÚMERO DA CONTA SALÁRIO ESPECIFICANDO BANCO E AGÊNCIA *[Original e cópia]*
19. 01 (UMA) FOTO 3 X 4 (Original)
20. FICHA DE DADOS CADASTRAIS PREENCHIDA *[Página 09 do KIT]*
21. DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO, CASO SEJA NECESSÁRIO. *(Página 28 do KIT)*
22. DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, CASO SEJA NECESSÁRIO *(Página 24 do KIT)*
23. DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO CARGO PÚBLICO *[Página 14 do KIT]*
24. DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES *[Página 11 do KIT]*
25. DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGOS OU FUNÇÕES *[Página 12 do KIT]*
26. FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DECLARAÇÃO DE AJUSTE DE IR – *[Página 16 ou 17 do KIT]*
27. TERMO DE COMPROMISSO *[Página 26 do KIT]*
28. DECLARAÇÃO DE NÃO CUMPRIMENTO DE PENALIDADE *[Página 27 do KIT]*
29. CURRÍCULO RESUMIDO OU CURRÍCULO LATTES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS IMPORTANTES SOBRE A DOCUMENTAÇÃO

- Os **exames laboratoriais** têm prazo de validade por um período de **30 dias**.
- Os demais exames têm prazo de validade por **60 dias**.
- Durante a perícia médica oficial, poderão ser solicitados exames complementares, na necessidade de esclarecimento diagnóstico, a critério da equipe da avaliação médica.
- Os exames médicos e laudos devem apresentar **identificação do profissional** que emitiu o documento juntamente com o número do registro no conselho profissional, especialidade e **deverão vir datados**.

PROCEDIMENTOS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD) – ATENÇÃO

Constatação de deficiência de candidatos aprovados em concurso público em vaga de pessoa com deficiência (Arts. 3º e 4º do Decreto nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

Os candidatos deverão comparecer à perícia munidos de laudo médico e exames comprobatórios, no prazo de validade **(12 meses)**, que atestem a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID em vigor), conforme especificado no Decreto nº 3.298, de 1999 e suas alterações, bem como à provável causa da deficiência.

EM CASO DE DÚVIDAS, LIGAR PARA:

Relacionadas aos exames médicos
Coordenação de Assistência e Qualidade de Vida (CAQV/DGP)
Fone: (91) 99188 - 4269
Horário: 9h às 12h e 14h às 17h

Relacionadas aos documentos da posse
Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP/REITORIA)
Fone: (91) 3342 - 0621
Horário: 9h às 12h e 14h às 17h

FICHA DE DADOS CADASTRAIS

| | | |
|---|-----------------------|------------|
| NOME COMPLETO: | | |
| | | |
| NOME SOCIAL: | | |
| | | |
| DADOS FUNCIONAIS BÁSICOS | | |
| <i>Conta salário, não pode ser conta poupança. Caso o servidor não possua conta salário, a Diretoria de Gestão de Pessoas providenciará ofício que o próprio candidato levará ao Banco do Brasil.</i> | | |
| Banco / Agência: | Nº da conta corrente: | |
| OCORRÊNCIA DE INGRESSO NO ÓRGÃO (Este campo é para preenchimento da DGP) | | |
| Cargo: | CBO: | Posse: |
| Data da ocorrência: | Grupo/Ocorrência: | |
| Diploma legal: | Nº diploma legal: | Exercício: |
| Jornada de trabalho: | Classe/Nível: | Cod. Vaga: |
| DADOS PESSOAIS | | |
| Nº CPF: | Sexo: | |
| Data de Nascimento: | Grupo sanguíneo: | |
| Nome do Pai: | | |
| Nome da Mãe: | | |
| Nacionalidade: | | |
| Cidade de nascimento: | UF: | |

| | | | |
|--|---------------------------------|--------------------|--------|
| Nível de escolaridade: | | Formação/Área: | |
| Estado civil: | | Cor/Origem étnica: | |
| Pessoa com deficiência? | | Se sim. Qual? | |
| Nº RG: | Órgão expedidor/UF: | Data expedição: | |
| Nº título eleitor: | UF: | Zona: | Seção: |
| Data expedição do título eleitoral: | | | |
| Comp. Militar: | Órgão expedidor: | Série: | |
| Órgão de classe: | Nº do registro: | Data expedição: | |
| PIS/PASEP: | Data do primeiro emprego/cargo: | | |
| ENDEREÇO: Caso haja alteração de endereço, comunicar à DGP, após ingresso no órgão. | | | |
| Logradouro: | | Número: | |
| Complemento: | | Bairro: | |
| Município: | UF: | CEP: | |
| Telefones (DDD fixo e celular): | | | |
| E-mail para acesso ao SIAPENET: | | | |

OBS.: Os dados deverão ser comprovados através de documento original ou cópia autenticada.

_____/_____/_____
Local / Data

Assinatura

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

| | |
|--|-------------------|
| NOME: | |
| CARGO: | MATRÍCULA: |
| Declara para fins do processo seletivo, para o qual foi aprovado, que possui os seguintes bens e valores | |

| DISCRIMINAÇÃO DO BEM | VALOR |
|----------------------|-------|
| | |

_____/_____/_____
Local / Data

Assinatura



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

| | |
|------------------------------|-------------------|
| NOME: | |
| CARGO: | MATRÍCULA: |
| Declara para fins de Direito | |

No (a): _____

licitamente, conforme comprovante. **NOME DO ÓRGÃO / REPARTIÇÃO**

INFORMAR NUMERAÇÃO DO DOCUMENTO DE POSSE EM OUTRO ÓRGÃO E ANEXAR CÓPIA

Local / Data

Assinatura

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

DECLARO, com base no que dispõem os incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal e para os fins previstos no parágrafo 5º do artigo 13 da Lei nº 8.112/90 e no artigo 62 do Anexo ao Decreto nº 94.664/87 que, presentemente:

- Detenho aposentadoria (descrever abaixo, cargo e carga horária).
- Não acumulo qualquer outro cargo / emprego / função em órgão público federal, estadual ou municipal, na administração direta ou indireta, incluindo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público.
- Acumulo cargo / emprego / função em órgão público federal, estadual ou municipal, na administração direta ou indireta, incluindo autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, subsidiárias e sociedade controladas, direta e indiretamente pelo Poder Público, abaixo discriminado:
- Recebo auxílio alimentação pelo outro órgão público.
- Não ocupo, nem exerço qualquer outra atividade remunerada na iniciativa privada / profissional liberal / autônomo.
- Exerço atividade remunerada na iniciativa privada / profissional liberal / autônomo, abaixo discriminada:

| | | |
|-------------------|---|-----------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Cargo / atividade | Órgão/ Empresa / Prof. Liberal / Autôn. | Carga horária semanal |
| _____ | _____ | _____ |
| Cargo / atividade | Órgão/ Empresa / Prof. Liberal / Autôn. | Carga horária semanal |
| _____ | _____ | _____ |
| Cargo / atividade | Órgão/ Empresa / Prof. Liberal / Autôn. | Carga horária semanal |
| _____ | _____ | _____ |
| Cargo / atividade | Órgão/ Empresa / Prof. Liberal / Autôn. | Carga horária semanal |

_____, ____/____/____
Local / Data

Assinatura

Nome legível



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|
| EU | | | |
| | | | |
| Habilitado (a) no Processo Seletivo Público Edital N° | | para o cargo de | |
| | | do Quadro Temporário do Instituto | |
| Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, declaro para os devidos fins que aceito | | | |
| assumir o referido cargo. | | | |

_____, ____/____/____
Local / Data

Nome legível

Assinatura

FUTURO SERVIDOR (A),

Por determinação do Ministério do Planejamento e Controladoria Geral da União
PORTARIA INTERMINISTERIAL MP/CGU Nº 298, DE 6 DE SETEMBRO DE 2007.
Observe trecho extraído da Portaria Interministerial:

Considerando a necessidade de expedir as instruções necessárias para regulamentar a entrega da declaração de bens e valores por todos os agentes públicos;

Considerando a política de modernização dos processos de trabalho na área de gestão de pessoas, com a eliminação do excesso de papéis constantes dos arquivos funcionais dos órgãos e entidades do Governo Federal e aumento da segurança da informação para os servidores; e

Considerando a necessidade de desburocratizar o processo de apresentação de declaração de bens e valores que compõe o patrimônio privado do agente público, exigido no art. 13 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e na Lei nº 8.730, de 10 de novembro de 1993, para torná-la mais eficiente, econômico e racional;

O agente público terá que optar por um dos formulários anexos.

Se você optar pelo primeiro, basta preenchê-lo uma única vez. Se optar pela segunda, deverá preenchê-lo anualmente.

Qualquer dúvida, veja DOU de 11/09/07, seção 1, páginas 51 a 53, endereço www.in.gov.br.



FÓRMULÁRIO I

| | |
|---|--|
| MINISTERIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO | FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FÍSICA |
|---|--|

| DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR | |
|----------------------------|---------|
| NOME: | |
| MATRÍCULA SIAPE: | CPF: |
| CARGO / FUNÇÃO: | CÓDIGO: |
| UNIDADE DE LOTAÇÃO: | RAMAL: |

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.

_____ / ____ / ____
Local / Data

Nome do Servidor

| |
|--|
| CÓDIGO DO CARGO OU FUNÇÃO: NES, DAS, GR, FCT, FG, CD, CAS, CCD, CCT, CGE |
|--|

FÓRMULÁRIO II

| DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES (LEI Nº 8.429/92 e DECRETO Nº 5.483/2005) | | | |
|--|----------------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Declaração de Ingresso | | Preencher os itens 1,2,8,9, 11 e 12 | |
| <input type="checkbox"/> Declaração de Desligamento | | Preencher todos os itens | |
| <input type="checkbox"/> Declaração de Atualização Anual | | Preencher todos os itens, com informações relativas aos rendimentos auferidos no exercício anterior e ao patrimônio do último dia do exercício anterior | |
| 1. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE PÚBLICO | | | |
| CPF: | | Título Eleitoral: | Data do Nascimento: |
| NOME: | | | |
| ENDEREÇO: | | | |
| TIPO: | | LOGRADOURO: | |
| NÚMERO: | COMP. (APTO, BLOCO, SALA): | BAIRRO/DISTRITO: | CEP: |
| MUNICÍPIO: | | UF: | DDD: |
| FONE: | | | |
| 2. DEPENDENTES | | | |
| CPF | RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA | DATA DO NASCIMENTO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 3. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELO TITULAR | | | |
|--|------|-------------------|------------------|
| NOME DA FONTE PAGADORA | CNPJ | RENDIMENTOS – R\$ | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |
| Informar principal fonte pagadora | | CNPJ | |
| | | | |
| | | | |
| 4. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELOS DEPENDENTES | | | |
| NOME DA FONTE PAGADORA | CNPJ | CPF DEPENDENTE | RENDIMENTOS- R\$ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |

| 5. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS FÍSICAS E DO EXTERIOR PELO TITULAR | | | |
|---|-------------------|--------------|-------------------------|
| MÊS DE RECEBIMENTO | RENDIMENTOS – R\$ | | TOTAL RENDIMENTOS – R\$ |
| | PESSOA FÍSICA (A) | EXTERIOR (B) | |
| JANEIRO | | | |
| FEVEREIRO | | | |
| MARÇO | | | |
| ABRIL | | | |
| MAIO | | | |
| JUNHO | | | |
| JULHO | | | |
| AGOSTO | | | |
| SETEMBRO | | | |
| OUTUBRO | | | |
| NOVEMBRO | | | |
| DEZEMBRO | | | |
| TOTAL | | | |

| 6. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS FÍSICAS E DO EXTERIOR PELOS DEPENDENTES | | | |
|--|-------------------|--------------|-------------------------|
| CPF | RENDIMENTOS – R\$ | | TOTAL RENDIMENTOS – R\$ |
| | PESSOA FÍSICA (A) | EXTERIOR (B) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |

| 7. OUTROS RENDIMENTOS | |
|--|-------------------|
| DISCRIMINAÇÃO | RENDIMENTOS – R\$ |
| Capital de apólices de seguro ou pecúlio pago por morte do segurado restituído em qualquer caso o pecúlio recebido de entidades de previdência privada em decorrência de morte ou invalidez permanente | |
| Indenizações p/rescisão de contrato de trabalho, inclusive a título de PDV, e por acidente de trabalho e FGTS | |
| Lucro de alienação de bens e direitos de pequenos valores e/ou do único imóvel, redução de ganho de capital | |
| Lucros e dividendos recebidos. | |
| Parcela isenta de proventos de aposentadoria, reserva remunerada, reforma e pensão de declarante com 65 anos ou mais | |
| Pensão, proventos de aposentadoria ou reforma por moléstia grave e aposentadoria ou reforma por acidente em serviço | |
| Rendimentos de cadernetas de poupança e letras hipotecárias | |
| Rendimentos de sócio ou titular de microempresa ou empresa de pequeno porte, optante pelo simples, exceto pro labore, aluguéis e serviços prestados. | |
| Transferências patrimoniais-doações, heranças, meações e dissolução de sociedade conjugal ou unidade familiar | |
| Décimo terceiro salário | |
| Rendimentos e aplicações financeiras (especificar cada uma) | |

| | |
|---|--|
| Outros rendimentos do titular (especifique) | |
|---|--|

| TOTAL | | | |
|---|-------------------|----------------------------------|-------------|
| 8. DECLARAÇÃO DE BENS E DIREITOS | | | |
| DISCRIMINAÇÃO BENS/DIREITO. Informar: DATA, VALOR DE AQUISIÇÃO E DE ALIENAÇÃO (informar destinatário com CPF), quando for o caso. | | SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$ | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/DIREITO | Tipo | Ano de 2005 | Ano de 2006 |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |
| TIPO: imóveis – terreno, apartamento, casa, loja, outros; veículos, embarcações, semoventes, dinheiros, títulos, ações, e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais localizados no País o no exterior | | | |
| 9. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS | | | |
| Discriminar Dívidas e ônus reais – nome do beneficiário ou credor | | Situação em 31 de dezembro – R\$ | |
| | | Ano de 2004 | Ano de 2005 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |
| | | | |
| 10. INFORMAÇÕES DO CONJUGE E DEMAIS DEPENDENTES | | | |
| CPF | RENDIMENTOS – R\$ | | |
| | | | |
| | | | |

11. BENS DO CONJUGE E DE MAIS DEPENDENTES

Os bens do cônjuge e demais dependentes estão informados acima? () SIM () NÃO

Caso negativo, discriminar abaixo.

DISCRIMINAÇÃO BENS/DIREITO informar: DATA, VALOR DE AQUISIÇÃO E DE ALIENAÇÃO (informar destinatário com CPF), QUANDO FOR O CASO

SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$

| DISCRIMINAÇÃO DO BEM/DIREITO | CPF | TIPO | ANO DE 2005 | ANO DE 2006 |
|------------------------------|-----|------|-------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

12. DÍVIDA E ÔNUS REAIS DO CONJUGE E DE MAIS DEPENDENTES

As Dívidas e ônus do cônjuge e demais dependentes estão informados acima? () SIM () NÃO

Caso negativo, discriminar abaixo.

DISCRIMINAÇÃO

SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$

| DESCRIÇÃO DA DÍVIDA | CPF | TIPO | ANO DE 2005 | ANO DE 2006 |
|---------------------|-----|------|-------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



KIT CONTRATAÇÃO 21

Documentos para contratação

| |
|--|
| DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE. |
| ESTOU CIENTE DE QUE A PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS PODERÁ ENSEJAR A RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA PENAL E CIVIL |
| LOCAL: |
| DATA: |
| ASSINATURA DO AGENTE PÚBLICO: |
| CPF |
| PROPOSTA PARA RECEBIMENTO DO FORMULÁRIO: |
| 1) em papel |
| 2) desenvolvimento de sistemas via internet para preenchimento de cada servidor – obrigatório até 30 dias após prazo da SRF. |

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, _____
_____ portador (a) do RG nº _____, expedido
em _____, pelo _____ inscrito (a) no CPF/MF sob o nº
_____, DECLARO para os devidos fins de comprovação de
residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e
domiciliado na _____
_____, Bairro _____
CEP _____, na cidade de _____, Estado
_____, conforme cópia de comprovante anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria 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 o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular”.

_____, ____/____/____
Local / Data

Assinatura legível do candidato

DECLARAÇÃO DESISTÊNCIA DE VAGA

DECLARO para os devidos fins e efeitos de direito que na condição de aprovado em Processo Seletivo Público Edital nº _____ para o Quadro de Pessoal Temporário do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA), cargo de _____

que **desisto da vaga** do referido processo no qual fui aprovado e para o qual fui convocado, em virtude de _____

_____/_____/_____
Local / Data

Assinatura legível do candidato



TERMO DE COMPROMISSO

| |
|----------------------------|
| NOME COMPLETO: |
| |
| CARGO: |
| |
| UNIDADE DE LOTAÇÃO: |
| |
| ENDEREÇO: |
| |
| TELEFONE: |
| |
| E-MAIL: |
| |

TERMO DE COMPROMISSO

Considerando a minha aprovação no **Processo Seletivo Público** nos termos do **Edital n.º11, de 01 de setembro de 2017**, firmo o presente Termo de Compromisso, comprometendo-me a:

- Desempenhar as atividades do cargo na unidade de lotação para qual fui contratado e na área de atuação apresentada no presente Edital desde que vinculadas as atribuições do cargo a serem definidas pela Diretoria/Coordenação solicitante.
- Executar atividades administrativas vinculadas à área de atuação da unidade organizacional de lotação.
- Na oportunidade declaro que tenho conhecimento e manifesto a minha tácita aceitação das condições estabelecidas no **Edital nº11/2017**, e demais instrumentos reguladores, dos quais não posso alegar desconhecimento.

_____, ____/____/_____
Local / Data

Assinatura legível do candidato



DECLARAÇÃO

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------|
| EU | | |
| infra-assinado, brasileiro(a), estado civil : | | portador (a) do RG nº: |
| | inscrito (a) no CPF Sob o nº: | |
| DECLARO para todos os efeitos legais, não haver sofrido ou estar cumprindo , no exercício profissional ou de qualquer função pública, penalidade disciplinar de suspensão ou demissão, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal. | | |

Por ser expressão da verdade, firmo a presente **DECLARAÇÃO**.

Belém Pará, _____ de _____ de _____



DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO

| | | | |
|---|-------------------------------|------------------------|--|
| EU | | | |
| infra-assinado, brasileiro(a), estado civil : | | portador (a) do RG nº: | |
| | inscrito (a) no CPF Sob o nº: | | |
| DECLARO que tenho interesse na minha contratação para o cargo temporário de | | | |
| | | | |
| nomeado em virtude de APROVEITAMENTO para o Campus | | | |
| pertencente ao Quadro Temporário de Pessoal do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFPA) | | | |

Por ser expressão da verdade, firmo a presente **DECLARAÇÃO**.

Belém Pará, _____ de _____ de _____

QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE CONTRATAÇÃO EM CARGO PÚBLICO

CONFIDENCIAL

Deverá ser preenchido pelo candidato e entregue ao Perito Oficial no momento do exame clínico e todas as páginas assinadas.

| | |
|----------------------------|----------------------|
| NOME: | |
| ÓRGÃO: | |
| CARGO: | RG: |
| SEXO: | ESTADO CIVIL: |
| DATA DE NASCIMENTO: | COR: |
| ASSINATURA: | |

Marque nos parênteses correspondentes, as repostas às perguntas aqui formuladas.
Em caso de dúvida, deixe a resposta em branco e pergunte ao Perito Oficial por ocasião do exame clínico.

| PERGUNTAS | SIM | NÃO | NÃO SEI |
|--|-----|-----|---------|
| 01 – Tem sérias e frequentes dores de cabeça? | () | () | |
| 02 – Tem se sentido muito nervoso (a)? | () | () | |
| 03 – Tem dormido mal? | () | () | |
| 04 – Os seus dentes necessitam de tratamento? | () | () | () |
| 05 – Tem alguma alergia? | () | () | () |
| 06 – Sua pele tem alguma anormalidade? | () | () | |
| 07 – Sua pele tem alguma doença crônica? | () | () | |
| 08 – Tossiu ou cuspiu sangue? | () | () | |
| 09 – Teve alguma doença pulmonar? | () | () | |
| 10 – Sente falta de ar? | () | () | |
| 11 – Tem pressão alta? | () | () | () |
| 12 – Seu coração, às vezes, bate mais rápido, teve alguma doença do coração? | () | () | |
| 13 – Tem problemas intestinais ou estomacais? | () | () | |
| 14 – Eliminou sangue nas suas fezes? | () | () | |
| 15 – Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)? | () | () | |
| 16 – Tem habitualmente dores nas juntas? | () | () | |
| 17 – As suas juntas habitualmente incham? | () | () | |
| 18 – Tem tido inchaço (edema) nas pernas? | () | () | |
| 19 – Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral? | () | () | |
| 20 – Teve alguma parte do corpo paralisada? | () | () | |
| 21 – Ficou alguma vez “sem sentido” (desmaiou)? | () | () | |
| 22 – Teve convulsões? | () | () | |
| 23 – Perdeu alguma vez sangue ou albumina na urina? | () | () | |
| 24 – Teve algum problema de rins ou bexiga? | () | () | |
| 25 – Teve doenças venéreas? | () | () | |
| 26 – Teve alguma doença infecciosa (doença de chagas, tuberculose, hepatite, hanseníase, esquistossomose)? | () | () | |
| Especificar: _____ | | | |
| 27 – Tem alguma doença na visão? | () | () | |
| 28 – Usa óculos ou lentes? | () | () | |
| 29 – Tem tremores pelo corpo? | () | () | |
| 30 – Alguém da família é diabético? | () | () | () |
| 31 – Foi tratado (a) de algum tumor? | () | () | |
| 32 – Engordou ou emagreceu mais de cinco quilos durante o tratamento? | () | () | |

NOME:

ASSINATURA:

| PERGUNTAS | SIM | NÃO | NÃO SEI |
|---|-----|-----|---------|
| 33 – Foi operado (a)? Especificar: _____ | () | () | |
| 34 – Já fraturou algum osso? Especificar: _____ | () | () | |
| 35 – Teve / tem alguma ferida que não cicatriza? _____ | () | () | |
| 36 – Acidentou-se fora do trabalho? | () | () | |
| 37 – Teve acidente no trabalho? Se positivo, informe quando e descreva _____ _____ _____ | () | () | |
| 38 – Vacinou-se durante o tratamento do acidente? | () | () | |
| 39 – Teve ou tem alguma doença profissional? Se positivo, especificar. _____ _____ _____ | () | () | |
| 40 – Fuma? | () | () | |
| 41 – Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas? | () | () | |
| 42 – Usa habitualmente bebida alcoólica? | () | () | |
| 43 – Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica? | () | () | |
| 44 – Tem intranquilidade no lar | () | () | |
| 45 – Está insatisfeito com seu cargo que exerce / exerceu? | () | () | |
| 46 – Acha seu trabalho cansativo? | () | () | |
| 47 – Tem faltado muito ao trabalho por doença? | () | () | |
| 48 – Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica? | () | () | |
| 49 – Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar ao quesito 53 | () | () | |
| 50 – Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico? | () | () | () |
| 51 – Em caso afirmativo, houve necessidade de internação _____ | () | () | |
| 52 – Quais as suas ocupações anteriores? _____ _____ _____ | () | () | |
| 53 – Tem feito uso habitual de algum medicamento? Especificar _____ _____ _____ | () | () | |
| 54 – No momento está fazendo algum tratamento médico? Especificar _____ _____ | () | () | |

NOME:

ASSINATURA:

| PERGUNTAS | SIM | NÃO | NÃO SEI |
|--|-----|-----|---------|
| 55 – Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Se positivo, qual? _____ _____ _____ | () | () | |
| 56 – Alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante? Qual? _____ _____ _____ | () | () | |
| 57 – Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se APTO (A) a exercer o cargo na localidade para onde fez o concurso? 58 – Existe em algum dependente legal, doença que impeça o exercício do seu cargo na localidade para onde fez esse concurso? Se sim, especificar: _____ _____ | () | () | () |
| 59 – Descreva quais doenças você foi acometido (a) no passado e quais você é hoje portador (a): _____ _____ _____ | () | () | |

Declaro sob as penalidades da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente que em caso de falsidade idológica ficarei sujeito às sanções previstas no Código Penal e mais denominações legais aplicáveis.

_____, ____/____/____
Local / Data

Assinatura

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PARÁ (IFPA) – REITORIA

CLÁUDIO ALEX JORGE DA ROCHA
Reitor do IFPA

ANDRÉ MOACIR LAGE MIRANDA
Diretoria Executiva do IFPA

CLEIDE DO SOCORRO MARCOS DA SILVA DIAS
Chefe de Gabinete do IFPA

WALDEMIR MONTEIRO BEZERRA
Assessoria Executiva do IFPA

DANILSON LOBATO DA COSTA
Pró-Reitoria de Administração

FABRÍCIO ALHO
Pró-Reitoria de Extensão

ANA PAULA PALHETA SANTANA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

RAIMUNDO NONATO SANCHES SOUZA
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional

ELENILZE GUEDES TEODORO
Pró-Reitoria de Ensino

MICHEL ANDRÉ GONÇALVES DE SOUZA
Diretoria de Gestão de Pessoas

JOÃO AUGUSTO RODRIGUES
Assessoria de Comunicação

Equipe Técnica

ERLON RODRIGO SANTIAGO CAVALCANTE
Chefia do Departamento de Desenvolvimento de Pessoas

DEIZE DOS SANTOS GONÇALVES FREIRE
Coordenadora de Desenvolvimento e Avaliação

SUZIANE DE CÁSSIA LEITE DE BRITO
Coordenadora de Assistência e Qualidade de Vida - CAQV

WALDEMIR MONTEIRO BEZERRA
Presidente da Comissão Organizadora

Diagramação

HÉDEN WÁRLEN DE ASSUNÇÃO FRANCO
Assessoria de Comunicação – Reitoria



**INSTITUTO
FEDERAL**
Pará