

**CADASTRO BASE**

**CPF:**

**Matrícula FUB:**

**Matrícula SIAPE, se houver:**

**Nome:**

**Sexo –** ( ) Masculino ( ) Feminino

**Data de Nascimento:**

**Estado Civil:**

**Filiação**

**Pai:**

**Mãe:**

**Identificação**

**Cor** – ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Preta ( ) Indígena

**Tipo Sanguíneo:**

**Pessoa com Deficiência –** ( ) Sim ( ) Não

**Caso afirmativo, informe o CID:**

**Naturalidade:**

**Naturalizado –** ( ) Sim ( ) Não

**Caso afirmativo, desde:**

**RG nº:**

**Org. Expedidor:**

**UF:**

**Data Expedição:**

**Outros:**

**Título Eleitoral:**

**Zona:**

**Seção:**

**Data Emissão:**

**UF:**

**Reservista nº:**

**Org. Expedição:**

**PIS/PASEP/NIT:**

**Passaporte:**

**Data do Primeiro Emprego:**

**Endereço Residencial:**

**Número:**

**Complemento:**

**Bairro:**

**Cidade:**

**UF:**

**CEP:**

**País:**

**Telefones**

**DDD:**

**Residencial:**

**Celular:**

**Endereço Eletrônico:**

**Pré-requisito Básico para Ingresso no Cargo**

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Ensino Superior

Curso de Graduação:

Instituição de Ensino:

( ) Mestrado

Curso de Mestrado:

Instituição de Ensino:

( ) Doutorado

Curso de Doutorado:

Instituição de Ensino:

**Observação:** Estou ciente que se apresentar um Certificado/Diploma de curso de nível superior ao exigido pelo cargo, para pré-requisito básico para ingresso no cargo, não poderei utilizá-lo para requerer o Incentivo à Qualificação.

**Conta Corrente Individual**

**Nº do Banco:**

**Agência nº:**

**Conta Corrente nº:**

**Nome do Banco:**

**Nome da Agência/Localidade:**

**Termo de Compromisso**

( ) Declaro ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeira e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no Art. 299 do Código Penal.



**AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA DE PESSOAS FÍSICA**

***( ) Marque caso formulário abaixo não se aplique.***

**Fundamentação Legal**

Lei n. 8.730, de 10/11/1993; § 4º do art. 13 da lei n. 8.429 de 1992; Decreto n. 5.483, de 30/06/2005 e Portaria Interministerial MP/CGU n. 298, de 06/09/2007.

**Autorização**

Autorizo para fins de cumprimento as exigências contidas nas legislações acima mencionadas, o acesso pelos órgãos de controle interno e externo às declarações anuais apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil, com as respectivas retificações, tendo em vista o disposto no § 2º do art. 3º do Decreto n. 5.483, de 30 de junho de 2005 e inciso I do art. 1º da Portaria Interministerial MP/CGU n. 298, de 06 de setembro de 2007.



**CADASTRO BASE – DEPENDENTES**

***( ) Marque caso formulário abaixo não se aplique.***

1. **Grau de Parentesco:**

**Nome:**

**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**Nome da Mãe:**

**Data de Nascimento:**

**CPF:**

**RG nº / Órgão:**

**Expedição:**

**Dependente para**: ( ) Imposto de Renda ( ) Cadastro

1. **Grau de Parentesco:**

**Nome:**

**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**Nome da Mãe:**

**Data de Nascimento:**

**CPF:**

**RG nº / Órgão:**

**Expedição:**

**Dependente para**: ( ) Imposto de Renda ( ) Cadastro

Obs.: Caso existam mais dependentes, copiar e colar mais campos no formulário.

**Documentação Necessária dos Dependestes:**

* Cônjuge: CPF / RG / Certidão de Casamento
* Filho, Enteado: CPF / RG / Certidão de Nascimento
* Pai, Mãe: CPF / RG



**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO DE CARGOS**

**Declaro, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37 da CF/88 e dos arts. 118 a 120 da lei 8.112/90, que:**

( ) Não ocupo outro cargo, emprego ou função pública.

( ) Sim, ocupo outro cargo, emprego ou função pública.

Órgão/Entidade:

Cargo:

Jornada de trabalho semanal:

**Estou em gozo de licença ou suspensão contratual:**

( ) Não.

( )Sim.

Tipo:

Período:

Órgão:

Cargo:

**Estou em disponibilidade remunerada nos termos do art. 41, § 3º da Constituição Federal:**

( ) Não.

( ) Sim.

Órgão:

Cargo:

**Percebo proventos de aposentadoria:**

( ) Não.

( ) Sim.

( ) Serviço Público Federal:

( ) Serviço Público Estadual:

( ) Serviço Público Municipal:

( ) INSS:

Cargo/Regime de trabalho em que se apresentou:

**Professor sob regime de dedicação exclusiva conforme § 2º, artigo 20 da Lei nº 12.772/2012**

( ) Não exerço outra atividade remunerada privada ou pública.

( ) Sim, Empresa:

**Termo de Compromisso**

( ) Declaro ainda, ser do meu conhecimento que a declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal e por ele poderei responder, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.



**DECLARAÇÃO DE HORÁRIO (SOMENTE SE ACUMULAR CARGOS)**

***( ) Marque caso formulário abaixo não se aplique.***

Declaramos que o(a) servidor(a) (NOME DO CANDIDATO) lotado no (LOCAL DE LOTAÇÃO) desenvolve suas atividades como (CARGO) com carga horária de (X) horas semanais conforme abaixo:

**Discriminar dia da semana e o horário (manhã, tarde e noite)**

2ª feira das às e de às .

3ª feira das às e de às .

4ª feira das às e de às .

5ª feira das às e de às .

6ª feira das às e de às .

**Observações:**



**ADESÃO AO AUXÍLIO TRANSPORTE EM PECÚNIA**

***( ) Marque caso formulário abaixo não se aplique.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Trajeto\*** | **Discriminar Percurso** | **Tarifa** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\*RT: Residência/Trabalho; TR: Trabalho/Residência; TT: Trabalho/Trabalho**

***Observação: Os servidores que cumprem regime de plantão deverão apresentar declaração assinada pelo chefe imediato contendo o número de plantões cumpridos no mês.***

**Termo de compromisso**

( ) Declaro para fins de concessão de auxílio pecúnia, de acordo com o Decreto 2.880/1998, DE 16/12/1998, MP 2165-35/2001, e NT 189/2011/CGNOR/DENOP/SRH/MP, que utilizo transporte coletivo para meu deslocamento da residência/trabalho e vice-versa.

( ) Comprometo-me a atualizar as informações deste documento sempre que ocorrer qualquer alteração das circunstâncias que fundamentam a concessão do benefício. No caso de transporte regular rodoviário seletivo ou especial comprometo-me a apresentação dos bilhetes de transporte.

( ) Estou ciente da consignação da cota-parte de 6% (seis por cento) do vencimento básico, proporcional a 22 (vinte e dois) dias, referentes à participação no custeio do benefício em folha de pagamento, conforme previsto no artigo 2º do Decreto n. 2.880/1998.

( ) Ainda afirmo que na hipótese de prestar falsas informações, estarei sujeito a penalidades previstas no § 3º do artigo 4º do Decreto n. 2.880/1998 e no Código Penal.

( ) Declaro saber que é minha responsabilidade apresentar os comprovantes de passagem terrestre, para os que utilizam transporte interestadual.

**Por expressão da verdade, firmo o presente termo de compromisso.**



**REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**

( ) Declaro não perceber idêntico benefício em outro órgão público (Municipal, Estadual ou Federal); requeiro receber o benefício do auxílio alimentação nesta Instituição.

( ) Declaro que cumpro jornada de (X X) h (hora por extenso) semanais de trabalho na (órgão) requeiro receber o benefício do Auxílio Alimentação pelo órgão UNB.

( ) Estou ciente que a inveracidade pelas informações prestadas para recebê-lo constituem falta grave, passível de punição, nos termos da legislação específica, inclusive com a suspensão do benefício.



**REQUERIMENTO DE AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR**

***( ) Marque caso formulário abaixo não se aplique.***

**Nome do cônjuge/companheiro(a):**

**Servidor Público**

( ) Sim

( ) Não

**Situação Funcional**

( ) Servidor(a) da FUB

( ) Cedido(a)

( ) Requisitado(a)

( ) Outros

**Dependentes menores de 06 anos de idade**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome dos dependentes** | **Data de Nascimento** | **Filho/Tutela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Declaro sob as penalidades prevista em Lei, para fins de provas junto ao Decanato de Gestão de Pessoas, que as informações prestadas acima são verdadeiras e por elas me responsabilizo.**

**Documentação Necessária**

* Certidão de Nascimento.
* Termo de Tutela ou Adoção e Certidão de Nascimento (quando for o caso).
* Laudo Médico para dependentes excepcionais.
* Declaração do cônjuge ou companheiro(a), quando ambos forem servidores públicos federais, informando que não usufrui do benefício acima solicitado.



**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É BENEFICIÁRIO DE SEGURO DESEMPREGO**

Eu, (NOME DO CANDIDATO), inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº (CPF DO CANDIDATO) Cargo/emprego público (CARGO/EMPREGO DO CANDIDATO).

Declaro, conforme previsto no artigo 24 da Lei 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 prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no artigo 299 do Código Penal.



**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Declaro, para fins de contratação em seleção simplificada, objeto do edital de abertura n. (Nº DO EDITAL), publicado no DOU de (DATA QUE FOI PUBLICADO NO DOU), para preenchimento do cargo de (NOME DO CARGO), cujo resultado final foi homologado em (DATA DA HOMOLOGAÇÃO), e em atendimento à exigência contida no edital, que não estou cumprindo sanção por idoneidade, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal.

**As informações prestadas nesses formulários só terão validade após assinatura eletrônica do candidato no Sistema Eletrônico de Informações – SEI.**