**FORMULÁRIO DE CADASTRO BASE 2024**

|  |
| --- |
| **Identificação** |
| Nome: |
| CPF: |
| Matrícula SIAPE, se houver:  |  Data de Nascimento:  |
| Sexo: |
| Telefone Fixo: | Telefone Celular: |
| E-mail cadastrado no SEI: |
| Estado Civil: |
| Filiação:- Pai:- Mãe: |
|  **Dados pessoais** |
| Tipo Sanguíneo: |
| Raça/cor – selecionar uma das opções abaixo:( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Indígena |
| Documento de Identificação – assinalar um documento dentre as opções a seguir e preencher os respectivos dados:( ) RG ( ) CNH ( ) CRNM ( ) Carteira Militar/Conselho Funcional/OAB( ) Outro – especificar: - Número do documento:- Órgão Expeditor:- UF:- Data de Expedição: |
| Pessoa com Deficiência: ( ) Sim ( ) Não- Caso afirmativo, informe o CID: |
| Nacionalidade: ( ) Brasileiro(a) ( ) Estrangeiro(a) – informar país:  |
| Naturalidade: | Naturalizado: ( ) Sim ( ) Não |
| Título Eleitoral- Nº de Inscrição:- Zona: Seção: Data Emissão: UF:  |
| Reservista (obrigatório informar apenas para homens com idade inferior a 46 anos)- Nº:- Org. Expedição:- Não se aplica ( ) |
| Número PIS/PASEP/NIT:*Obs: caso não possua, deixar campo em branco, pois será providenciado pela UnB no ato do registro funcional.* |
| Data do primeiro emprego: / / *Obs: considerar a data de registro do primeiro emprego formalizado, conforme registro na carteira de trabalho ou de posse no primeiro cargo no serviço público. Deixar campo em branco somente no caso de nunca ter tido registro anterior de emprego formal.* |
| Passaporte (preenchimento opcional):- Número:- Validade: - País Expeditor: |
| Endereço Residencial:Número:Complemento:Bairro:Cidade: UF:CEP: País:  |
| ( ) Declaro que as informações prestadas para minha identificação e meus dados pessoais são exatas, verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, podendo ser penalizado nas instâncias penais, civis e administrativas e que cabe a mim atualizar os dados apresentados sempre que houver qualquer modificação. |
| **Pré-requisito para ingresso no cargo** |
| ( ) Nível Médio ou Técnico Profissionalizante- Curso:- Instituição de Ensino:( ) Ensino Superior – Graduação - Curso de Graduação:- Instituição de Ensino:( ) Ensino Superior – Especialização / Residência Médica / Residência Multiprofissional- Curso de Especialização:- Instituição de Ensino:( ) Mestrado- Curso de Mestrado:- Instituição de Ensino: ( ) Doutorado- Curso de Doutorado:- Instituição de Ensino: |
| ( ) Declaro que a informação prestada quanto ao pré-requisito para ingresso no cargo é exata e verdadeira e compatível com o apresentado em meu processo, que caso seja detectado a prestação de informação falta posso ser responsabilizado nas esferas criminais, civis e administrativas. |
| **Conta Bancária individual** A conta corrente e a conta salário devem ser vinculadas ao mesmo banco. Em algumas instituições, os dados da conta salário são idênticos aos da conta corrente. Neste caso, solicitamos que repita as informações em ambos os campos. |
| - CORRENTENº do Banco:Agência nº:Conta Corrente nº:Nome do Banco:Nome da Agência/Localidade:- SALÁRIONº do Banco:Agência nº:Conta Corrente nº:Nome do Banco:Nome da Agência/Localidade: |
| **LISTA DE BANCOS CREDENCIADOS** |
| **BANCO** | **SIGLA** | **BANCOS INCORPORADOS** |
| BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S/A | SICOOB | X |
| BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S/A | BANRISUL | X |
| BANCO DO BRASIL S/A | BB | BESCBANCO e NOSSA CAIXA |
| BANCO BRADESCO S/A | BRADESCO | BCRRSSA, HSBC |
| CAIXA ECONÔMICA FEDERAL | CEF | X |
| BANCO MÚLTIPLO e ITAÚ UNIBANCO S.A. | ITAÚ | BANERJ, BANESTADO e UNIBANCO |
| BANCO SANTANDER (BRASIL) S/A | SANTANDER | BANCO REAL, MERIDIONAL e SUDAMERIS |
| BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A | SICREDI | BANSICRED |
| **Autorização de acesso à declaração de ajuste anual do imposto de renda de pessoas físicas** |
| ( ) 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.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.**Observação:** Conforme o art. 13 da Lei n. 8.429 de 1992, o exercício de agente público fica condicionado à apresentação de declaração dos bens e valores que compõem o seu patrimônio privado, a fim de ser arquivada no serviço de pessoal competente.Diante disso, o candidato deve **ou** autorizar o acesso **ou** declarar os seus bens no início, anualmente, bem como ao fim de seu contrato.Sendo a declaração de bens e valores condição de ingresso de agente público, o contrato do candidato só será efetivado após dada autorização de acesso ou dada a declaração. |
|  ( ) Não autorizo. |
| **Cadastro de Dependentes \*Opcional**(O cadastro pode ser feito também através do SouGov, após ter acesso ao aplicativo). |
| Grau de Parentesco:Nome:Sexo: ( ) Masculino ( ) FemininoNome da Mãe:Data de Nascimento:CPF:RG nº: Órgão: UF:Data de Expedição:Dependente para fins de: ( ) Imposto de Renda. ( ) Cadastro para acompanhamento de pessoa da família. |
| Obs.: Caso existam mais dependentes, copiar e colar mais campos no formulário.Documentação necessária para dependentes: * Cônjuge: CPF / RG / Certidão de Casamento
* Filho, Enteado: CPF / RG / Certidão de Nascimento
* Pai, Mãe: CPF / RG
 |
| **Declaração de Horário (Cargo público ou vínculo particular)** |
| ( ) Não se aplica. |
| **( ) Se aplica.** Declaro que eu, (NOME DO CANDIDATO), desenvolvo minhas atividades como (CARGO), no (LOCAL/ÓRGÃO/EMPRESA), com carga horária de (XX) 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 .( ) Declaro ainda que há compatibilidade de horários entre o cargo/Função que exerço no(a) (LOCAL/ÓRGÃO/EMPRESA) e os horários que atuarei como técnico-Administrativo na Universidade de Brasília**Observação: Quando acumular cargos na situação de ativo, deverá anexar a Declaração de Cargo expedida pelo órgão no qual atua e Grade Horária do respectivo cargo.** |
| **Adesão ao Auxílio Transporte em Pecúnia** |
| ( ) Não se aplica. |
| **( ) Se aplica.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.
* **Caso utilize transporte interestadual, declaro saber que é minha responsabilidade apresentar os comprovantes de passagem terrestre**.

**( ) Por ser expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso e declaro estar de acordo com todos os pontos relacionados acima.** |
| **Requerimento de auxílio Alimentação** |
| ( ) Declaro não perceber o benefício Auxílio Alimentação em outro órgão público (Municipal, Estadual ou Federal) e requeiro receber o auxílio alimentação nesta Instituição, por cumprir a jornada de **XX**h (PRENCHER AQUI A HORA POR EXTENSO) horas semanais de trabalho.( ) 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.Obs: **ambos** os campos acima devem ser assinalados para requisição do auxílio. |
| ( ) Declaro perceber o benefício Auxílio Alimentação em outro órgão público (Municipal, Estadual ou Federal) e não requeiro receber o auxílio alimentação. ***Observação****: declaração válida somente se declarado o vínculo.* |
| **Requerimento de auxílio Pré-escolar** |
| ( ) Não se aplica. |
| ( ) Se aplica – **Requeiro** o auxílio pré-escolar.Dados do cônjuge/companheiro: - Nome:- CPF:- É servidor público? ( ) Sim ( ) Não |
| Dependentes menores de 06 anos de idade.

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

- **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 – Preenchimento obrigatório para requisição do auxílio pré-escolar:**( ) Declaro, sob as penalidades previstas 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.( ) Declaro, para fins de concessão do auxílio solicitado, que meu(minha) cônjuge/companheiro(a) não é servidor(a) público(a) da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e, portanto, não percebe tal benefício. |
| **Declaração de que não é beneficiário de seguro desemprego**- Preencher os campos entre parênteses. |
| Eu, (NOME DO CANDIDATO), inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº (CPF DO CANDIDATO), Cargo público efetivo/temporário de (CARGO AO QUAL O CANDIDATO FOI APROVADO).Declaro, conforme previsto no artigo 24 da Lei 7.998, de 11 de janeiro de 1990 que a partir do efetivo exercício no cargo 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 responsabilidade civil, penal e administrativa. |
| **Termo de Compromisso** |
| ( ) Declaro ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeira e de minha inteira responsabilidade, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa.( ) Estou ciente que conforme o § 1º, artigo 15 da lei 8.112/1990, o prazo para entrar em exercício é 15 (quinze) dias, contados da data da posse. |