Cadastro Base

|  |  |
| --- | --- |
| **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: | | |
| Pessoa com Deficiência – ( ) Sim ( ) Não  - Caso afirmativo, informe o CID: | RG n°:  - Org. Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Naturalidade: | Naturalizado: ( ) Sim ( ) Não | |
| Título Eleitoral:  - Zona: \_\_\_\_\_\_\_\_ Seção:\_\_\_\_\_\_ Data Emissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Reservista nº:  Org. Expedição:  Não se aplica ( ) | | |
| PIS/PASEP: | | Data do 1° emprego: |
| Passaporte: | | |
| 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** |
| ( ) Ensino Superior  Curso de Graduação:  Instituição de Ensino:  Ano de conclusão:  ( ) Mestrado  Curso de Mestrado:  Instituição de Ensino:  Ano de conclusão:  ( ) Doutorado  Curso de Mestrado:  Instituição de Ensino:  Ano de conclusão: |
| ( ) 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 corrente individual** |
| Nº do Banco:  Agência nº:  Conta Corrente nº:  Nome do Banco:  Nome da Agência/Localidade:  BANCOS CREDENCIADOS:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **BANCO** | **SIGLA** | **BANCOS INCORPORADOS** | | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S/A | BANCOOP | 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 | | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL | CEF | X | | HSBC BANK BRASIL S/A | HSBC | X | | BANCO MÚLTIPLO e ITAU UNIBANCO S.A. | ITAU | 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 condicionados 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. |

|  |
| --- |
| **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 ministrarei aula no(a) (DEPARTAMENTO/INSTITUTO/FACULDADE) da Universidade de Brasília como professor substituto.  **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.** |

|  |
| --- |
| **Cadastro de Dependentes \*Opcional** |
| 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 para dependentes:   * Cônjuge: CPF / RG / Certidão de Casamento * Filho, Enteado: CPF / RG / Certidão de Nascimento * Pai, Mãe: CPF / RG |

|  |
| --- |
| **Requerimento de auxílio Pré-escolar** |
| ( ) Não se aplica. |
| ( ) Requeiro o auxílio pré escolar.  Dados do companheiro:   * É Servidor Público ( ) Sim ( ) Não   Nome do cônjuge/companheiro(a): |
| 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. |

|  |
| --- |
| **Requerimento 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**.   Concordo com todos os pontos relacionados acima, no termo de compromisso. ( ) Sim ( ) Não |

|  |
| --- |
| **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 XXh (HORA POR EXTENSO) 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. |
| ( ) 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. |

|  |
| --- |
| **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 responsabilidade civil, penal e administrativa. |

|  |
| --- |
| **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. |

|  |
| --- |
| **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. |