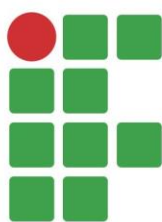




Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará



**INSTITUTO  
FEDERAL**  
Pará

# MANUAL DO NOMEADO

[www.dgp.ifpa.edu.br](http://www.dgp.ifpa.edu.br)

## **INFORMAÇÕES BÁSICAS**

### **Denominação Completa**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

### **Denominação Abreviada**

IFPA

### **Natureza Jurídica**

Autarquia

### **Órgão de Vinculação**

Ministério da Educação

### **Principal Atividade**

Educação Profissional e Tecnológica

### **Endereço Completo - Reitoria**

Av. João Paulo II, 514 - Castanheira, Belém - PA, 66645-240

### **Endereço Eletrônico**

[www.ifpa.edu.br](http://www.ifpa.edu.br)

**Documentos que definem o funcionamento do IFPA e suas unidades**

[Estatuto IFPA](#)  
[Regimento Geral](#)



## SUMÁRIO

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| PROCEDIMENTOS                                              | 4  |
| EXAMES PARA PERÍCIA MÉDICA - Professor                     | 7  |
| EXAMES PARA PERÍCIA MÉDICA - Técnico Administrativo        | 9  |
| DOCUMENTOS PARA POSSE                                      | 11 |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS                                     | 13 |
| DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO                               | 15 |
| FICHA DE DADOS CADASTRAIS                                  | 16 |
| DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA                                   | 18 |
| FORMULÁRIO CADASTRO DE DEPENDENTE                          | 19 |
| DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS                         | 22 |
| DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO                                   | 23 |
| DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES                               | 24 |
| DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO CARGO                           | 25 |
| DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE                                   | 26 |
| DECLARAÇÃO NEGATIVA SEGURO DESEMPREGO                      | 27 |
| TERMO DE RESPONSABILIDADE                                  | 28 |
| TERMO DE COMPROMISSO                                       | 29 |
| FORMULÁRIO I                                               | 31 |
| FORMULÁRIO II                                              | 32 |
| DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE VAGA                          | 39 |
| QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE INVESTIDURA<br>EM CARGO PÚBLICO | 40 |



## PROCEDIMENTOS

- 1º. Fazer os exames médicos exigidos neste Manual e Edital para a posse no cargo (**responsabilidade do candidato**);
- 2º. De posse dos resultados dos exames médicos, agendar perícia médica no endereço eletrônico **admissional.concurso@ifpa.edu.br**. Após o agendamento, compareça na data agendada ao **SIASS – IFPA Reitoria**, localizado na **Av. João Paulo II, S/Nº, entre Pass. Mariano e Pass. Coração de Jesus Bairro: Castanheira Belém PA, para submeter-se à Perícia Médica Oficial do IFPA** (exame pré-admissional);
- 3º. Todos os documentos, laudos e exames solicitados neste Manual e/ou no Edital específico de seu concurso **devem necessariamente ser apresentados de forma impressa**. No caso dos laudos médicos, **não serão aceitos laudos assinados digitalmente que não possuam mecanismo de verificação de autenticidade**, conforme normatizado pela resolução do CFM nº 2296/2021.

### FIQUE ATENTO (A)

Leia atentamente as instruções do e-mail de confirmação de agendamento enviado pelo **SIAS – IFPA Reitoria** para o(a) candidato(a).

Comparecer ao **SIASS – IFPA** com cópias e originais de todos os laudos e exames médicos requeridos no Edital e Manual do Nomeado para apresentar no ato da avaliação pericial;

Trazer 1 (uma) cópia do D.O.U com a nomeação do candidato e o edital do referido concurso (contendo a lista dos exames solicitados);

Trazer 02 (duas) cópias do Questionário para exame de investidura em cargo público, devidamente preenchidas - frente e verso (consta nesse Manual, nas páginas 40, 41 e 42);

Mulheres grávidas estão dispensadas de apresentar radiografia de tórax, mediante apresentação de exame de BHCG ou Ultrassonografia obstétrica ou exame equivalente que comprove a gravidez.

Os candidatos Pcd deverão se submeter à avaliação pericial por junta médica;

No momento da perícia médica poderão ser solicitados exames/laudos complementares a serem realizados às expensas do candidato. Nesse sentido, é importante que o candidato agende a perícia médica com maior antecedência possível em relação ao prazo final para posse.

**Obs:** Cumpre ressaltar que, cancelamentos, modificações de data e retornos de perícia médica devem ser solicitados juntos a **SIASS – IFPA** por meio dos contatos abaixo. O candidato deverá informar nome e CPF nos casos de cancelamento da avaliação pericial (exame admissional).

**Número: (91) 99188 - 4269 / E-mail: [admissional.concurso@ifpa.edu.br](mailto:admissional.concurso@ifpa.edu.br)**

**Endereço: Av. João Paulo II, S/Nº, entre Pass. Mariano e Pass. Coração de Jesus  
Bairro: Castanheira Belém PA**

**4º.** 3º Juntar o Laudo da Perícia Médica Oficial à documentação necessária para a posse, listada conforme o Edital e o Manual. Após a obtenção do Laudo da Perícia Médica Oficial, os(as) candidatos(as) deverão se dirigir imediatamente à Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas para agendar a data para a entrega da documentação (nos casos de posse coletiva) ou para a posse individual, lembrando que a posse deverá ocorrer no prazo de **30 (trinta) dias a contar da publicação no Diário Oficial da União**. O endereço para a realização da perícia médica e entrega da documentação da posse é na **Av. João Paulo II, nº 514, entre Pass. Mariano e Pass. Coração de Jesus Bairro: Castanheira, Belém/PA.**

**5º.** O (A) candidato (a) deverá se apresentar com vestimentas condizentes com o ambiente profissional, **não sendo permitida a entrada de pessoas** com bermudas, shorts, regatas, mini blusas, minissaias, entre outras.

**6º.** Trazer (ORIGINAIS e CÓPIAS) da(s) Carteira (s) de vacinação oficiais da Covid-19, emitidas pelos Órgãos de Saúde Pública ou o Comprovante de vacinação impresso em papel timbrado, com a imunização completa (considera-se no mínimo 02 (duas) doses das vacinas oficiais ou dose única - vacina da Janssen (Resolução Nº 612/2022, de 27 de janeiro de 2022)).

**7º.** Quando se tratar de **posse coletiva**, a Pró – Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas (PROGEP) – IFPA Reitoria marcará a data, horário e local de cerimônia de posse dos candidatos (quando for o caso) e os comunicará por e-mail. Importante ressaltar que os(as) candidatos(as) deverão agendar a entrega da documentação antes da data da posse coletiva.

# 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)

## DA POSSE E DO EXERCÍCIO

***Lei 8.112/90 - Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.***

**Art. 13.** A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo, no qual deverão constar as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado, que não poderão ser alterados unilateralmente, por qualquer das partes, ressalvados os atos de ofício previstos em lei.

**§ 1º.** A posse ocorrerá no prazo de trinta dias contados da publicação do ato de provimento. *(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)*

**§ 2º.** Em se tratando de servidor, que esteja na data de publicação do ato de provimento, em licença prevista nos incisos I, III e V do art. 81, ou afastado nas hipóteses dos incisos I, IV, VI, VIII, alíneas "a", "b", "d", "e" e "f", IX e X do art. 102, o prazo será contado do término do impedimento. *(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)*

**§ 3º.** A posse poderá dar-se mediante procuração específica.

**§ 4º.** Só haverá posse nos casos de provimento de cargo por nomeação. *(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)*

**§ 5º.** No ato da posse, o servidor apresentará declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública.

**§ 6º.** Será tornado sem efeito o ato de provimento se a posse não ocorrer no prazo previsto no § 1º deste artigo.

**Art. 14.** A posse em cargo público dependerá de prévia inspeção médica oficial.

**Parágrafo único** - Só poderá ser empossado aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo.

**Art. 15.** Exercício é o efetivo desempenho das atribuições do cargo público ou da função de confiança. *(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)*

**§ 1º.** É de quinze dias o prazo para o servidor empossado em cargo público entrar em exercício, contados da data da posse. *(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)*

**§ 2º.** O servidor será exonerado do cargo ou será tornado sem efeito o ato de sua designação para função de confiança, se não entrar em exercício nos prazos previstos neste artigo, observado o disposto no art. 18. *(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)*

# EXAMES PARA PERÍCIA MÉDICA

## PROFESSOR EBTT

O candidato deverá apresentar para a Perícia Médica Oficial:

**- ORIGINAIS E CÓPIAS DOS EXAMES ABAIXO RELACIONADOS, QUE DEVERÃO SER REALIZADOS AS SUAS EXPENSAS.**

1. **QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO**  
[Página 40,41 e 42 do Manual – Duas vias, devidamente preenchidas]
2. **HEMOGRAMA COMPLETO** (Com contagem de plaquetas)
3. **GLICEMIA EM JEJUM;**
4. **CREATININA**
5. **URINA I**
6. **AST/TGO** (Aspartato aminotransferase)
7. **ALT/TGP** (Alanina Aminotransferase)
8. **TIPAGEM SANGUÍNEA** (ABO+ fator RH)
9. **RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL COM LAUDO DO RESULTADO DO EXAME EMITIDO POR MÉDICO**
10. **ELETROCARDIOGRAMA (E.C.G) COM LAUDO DO RESULTADO DO EXAME EMITIDO POR MÉDICO**
11. **LAUDO CARDIOLÓGICO INFORMANDO A APTIDÃO PARA O CARGO EM QUESTÃO EMITIDO POR MÉDICO CARDIOLOGISTA OU CIRURGIÃO CARDÍACO COM ESPECIALIDADE DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO DE MEDICINA – COM RQE** (Registro de qualificação de especialista).
12. **LAUDO PSIQUIÁTRICO INFORMANDO A APTIDÃO PARA O CARGO EM QUESTÃO EMITIDO POR MÉDICO PSIQUIATRA COM ESPECIALIDADE DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO DE MEDICINA COM RQE** (Registro de qualificação de especialista).
13. **LAUDO INFORMANDO A APTIDÃO PARA O CARGO EM QUESTÃO EMITIDO POR MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA COM ESPECIALIDADE DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO DE MEDICINA – COM RQE** (Registro de qualificação de especialista).

## FIQUE ATENTO (A)

Hemograma, glicemia, creatinina, urina I, AST/TGO, ALT/TGP tem validade de **30 dias**. Demais exames e laudos tem validade de **60 dias**.

Mulheres grávidas estão dispensadas de apresentar radiografia de tórax, mediante apresentação de exame de BHCG ou Ultrassonografia obstétrica, ou exame equivalente que comprove a gravidez.

Durante a perícia médica oficial, poderão ser solicitados exames complementares a critério da avaliação médica, que deverão ser realizados às expensas do candidato.

Todos os documentos, laudos e exames solicitados neste Manual e/ou no Edital específico de seu concurso **devem necessariamente ser apresentados de forma impressa**. No caso dos laudos médicos, **não serão aceitos laudos assinados digitalmente que não possuam mecanismo de verificação de autenticidade**, conforme normatizado pela resolução do CFM nº 2296/2021.

O candidato nomeado somente será empossado se for considerado **APTO** na **PERÍCIA MÉDICA OFICIAL**, de caráter eliminatório.

**O candidato convocado para realização da perícia médica oficial que não se apresentar em local e prazo estabelecido será eliminado do Concurso Público**

# EXAMES PARA PERÍCIA MÉDICA

## TÉCNICO ADMINISTRATIVO

O candidato deverá apresentar para a Perícia Médica Oficial:

**- ORIGINAIS E CÓPIAS DOS EXAMES ABAIXO RELACIONADOS, QUE DEVERÃO SER REALIZADOS AS SUAS EXPENSAS.**

1. **QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO**  
[Página 40,41 e 42 do Manual – Duas vias, devidamente preenchidas]
2. **HEMOGRAMA COMPLETO** (Com contagem de plaquetas)
3. **GLICEMIA EM JEJUM**
4. **CREATININA**
5. **URINA I**
6. **AST/TGO** (Aspartato aminotransferase)
7. **ALT/TGP** (Alanina aminotransferase)
8. **TIPAGEM SANGUÍNEA** (ABO+ fator RH)
9. **RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL COM LAUDO DO RESULTADO DO EXAME EMITIDO POR MÉDICO.**
10. **ELETROCARDIOGRAMA (E.C.G) COM LAUDO DO RESULTADO DO EXAME EMITIDO POR MÉDICO.**
11. **LAUDO CARDIOLÓGICO INFORMANDO A APTIDÃO PARA O CARGO EM QUESTÃO EMITIDO POR MÉDICO CARDIOLOGISTA OU CIRURGIÃO CARDÍACO COM ESPECIALIDADE DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO DE MEDICINA COM RQE** (Registro de qualificação de especialista).
12. **LAUDO PSIQUIÁTRICO INFORMANDO A APTIDÃO PARA O CARGO EM QUESTÃO EMITIDO POR MÉDICO PSIQUIATRA COM ESPECIALIDADE DEVIDAMENTE REGISTRADA NO CONSELHO DE MEDICINA COM RQE** (Registro de qualificação de especialista).

## FIQUE ATENTO (A)

Hemograma, glicemia, creatinina, urina I, AST/TGO, ALT/TGP tem validade de **30 dias**. Demais exames e laudos tem validade de **60 dias**.

Mulheres grávidas estão dispensadas de apresentar radiografia de tórax, mediante apresentação de exame de BHCG ou Ultrassonografia obstétrica, ou exame equivalente que comprove a gravidez.

Durante a perícia médica oficial, poderão ser solicitados exames complementares a critério da avaliação médica que deverão ser realizados às expensas do candidato.

Todos os documentos, laudos e exames solicitados neste Manual e/ou no Edital específico de seu concurso **devem necessariamente ser apresentados de forma impressa**. No caso dos laudos médicos, **não serão aceitos laudos assinados digitalmente que não possuam mecanismo de verificação de autenticidade**, conforme normatizado pela resolução do CFM nº 2296/2021.

O candidato nomeado somente será empossado se for considerado **APTO** na **PERÍCIA MÉDICA OFICIAL**, de caráter eliminatório.

**O candidato convocado para realização da perícia médica oficial que não se apresentar em local e prazo estabelecido será eliminado do Concurso Público.**

# DOCUMENTOS PARA POSSE

## FIQUE ATENTO (A)

Os documentos deverão ser apresentados **na ordem do Manual do Nomeado**

O Manual contém os modelos das declarações exigidas abaixo

A **data que deve ser preenchida** nos **documentos constantes** dos itens **09, 17, 21, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35** é a **da entrega da documentação**

1. **EDITAL DO CONCURSO PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU).**
2. **EDITAL DE HOMOLOGAÇÃO DO CONCURSO PUBLICADO NO DOU.**
3. **EDITAL DE CORREÇÃO DE CONCURSO** (Se for o caso).
4. **EDITAL DE PRORROGAÇÃO DO CONCURSO PUBLICADO NO DOU** (Se for o caso).
5. **PORTARIA DE NOMEAÇÃO PUBLICADA NO DOU.**
6. **DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO** (Caso seja a situação do candidato).
7. **PROCURAÇÃO ESPECÍFICA PARA POSSE** (Se for o caso).
8. **COMPROVANTE DE DESLIGAMENTO DE VÍNCULO COM O SERVIÇO PÚBLICO OU EMPRESA PRIVADA** (Nos casos onde o candidato ocupava cargo inacumulável) - [Original e Cópia].
9. **FICHA DE DADOS CADASTRAL PREENCHIDA.**
10. **FOTO 3X4.**
11. **CERTIDÃO DE NASCIMENTO** (Se Solteiro(a)) - [Original e Cópia].
12. **CERTIDÃO DE CASAMENTO** (Se Casado(a)) - [Original e Cópia].
13. **CARTEIRA DE IDENTIDADE** - [Original e Cópia].
14. **CADASTRO DE PESSOA FÍSICA** (CPF) - [Original e Cópia].
15. **CARTEIRA DE NACIONAL DE HABILITAÇÃO** (Caso possua) - [Original e Cópia].
16. **PASSAPORTE ATUALIZADO** (Se estrangeiro), **COM SEUS RESPECTIVOS VISTOS** - [Original e Cópia].
17. **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (Contrato de locação de imóvel ou fatura de concessionária de serviços e declaração de residência disponível no Manual) - [Original e Cópia].
18. **TÍTULO DE ELEITOR, COM CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL OU COMPROVANTE(S) DE VOTAÇÃO DA ÚLTIMA ELEIÇÃO, PARA BRASILEIROS** - [Original e Cópia].
19. **CERTIFICADO DE RESERVISTA OU DISPENSA DE INCORPORAÇÃO, PARA BRASILEIROS DE SEXO MASCULINO** - [Original e Cópia].
20. **DOCUMENTO DE INSCRIÇÃO NO PIS/PASEP** (Caso possua) - [Original e Cópia].



21. **FORMULÁRIO DE CADASTRO DE DEPENDENTE(S)** (Caso tenha dependente(s) e anexar os documentos solicitados no Formulário do Manual do Nomeado) - [Original e Cópia dos Anexos].
22. **ATESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL EMITIDO PELA JUNTA MÉDICA DO IFPA.**
23. **COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE COM O RESPECTIVO HISTÓRICO** (Conforme pré-requisito para investidura no cargo exigido neste edital) - [Original e Cópia].
24. **COMPROVANTE DE REGISTRO NO ÓRGÃO DE CLASSE, CASO SEJA PRÉ-REQUISITO PARA INVESTIDURA DO CARGO EXIGIDO NESTE EDITAL.**
25. **COMPROVANTE DE DADOS BANCÁRIOS** (Extrato bancário ou cópia do cartão magnético ou cópia do talão de cheques ou declaração da entidade bancária).
26. **CURRÍCULO RESUMIDO OU CURRÍCULO LATTES.**
27. **DOCUMENTAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA** (Conforme pré-requisito para investidura no cargo exigido neste edital) - [Original e Cópia].
28. **DECLARAÇÃO QUANTO AO EXERCÍCIO OU NÃO DE OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.**
29. **DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES QUE CONSTITUAM PATRIMÔNIO E, SE CASADO (A), A DO CÔNJUGE.**
30. **DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO CARGO PÚBLICO.**
31. **DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**
32. **DECLARAÇÃO NEGATIVA DE SEGURO DESEMPREGO.**
33. **TERMO DE RESPONSABILIDADE DA PORTARIA NORMATIVA SRH/MPOG Nº 2 DE 08/11/2011.**
34. **TERMO DE COMPROMISSO.**
35. **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO DE AJUSTE DE IMPOSTO DE RENDA.**
36. **TERMO DE OPÇÃO DO PLANO DE BENEFÍCIO FUNPRESP** (Disponível na página do Edital do Concurso no *Site* do IFPA).
37. **CERTIDÃO NEGATIVA DA POLÍCIA FEDERAL** (Antecedentes criminais).
38. **CERTIDÃO NEGATIVA DA POLÍCIA CIVIL** (Antecedentes criminais).
39. **CERTIDÃO NEGATIVA DO TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL** (Crimes eleitorais).
40. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA MILITAR FEDERAL** (Ações criminais).
41. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA MILITAR ESTADUAL** (Antecedentes criminais).
42. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA FEDERAL** (Processos originários cíveis e criminais).
43. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA ESTADUAL** (Antecedentes criminais).

# INFORMAÇÕES ADICIONAIS

## COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Para os cargos constantes no edital do concurso público onde é exigida a experiência profissional, seguindo o disposto no Anexo II da Lei nº 11.091, de 12/01/2005, a comprovação desta deverá ser feita por intermédio da apresentação de ao menos um dos documentos abaixo:

**a) carteira de trabalho.**

**b) certidão de tempo de serviço.**

**c) declaração expedida por organização ou instituição (privadas ou públicas).**

Todos os documentos exemplificados e relacionados no subitem 3.1.1 no edital do concurso público, alínea “c” deverão ser emitidos em papel timbrado, contendo a identificação do candidato, cargo e período de permanência neste (data de início e fim), devidamente datado, assinado e carimbado pelo emissor. Não existe modelo para a declaração.

**Não será aceito qualquer tipo de estágio para comprovação da experiência profissional.**

## 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**.

**EM CASO DE DÚVIDAS, LIGAR PARA:**

**RELACIONADAS AOS EXAMES MÉDICOS**

**Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)**

**Fone:** (91) 99188 - 4269

**Horário:** 9h às 12h e 14h às 17h

**RELACIONADAS AOS DOCUMENTOS DA POSSE**

**Pró - Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas (PROGEP/REITORIA)**

**Fone:** (91) 3342 – 0650 / (91) 99113 - 2961

**Horário:** 9h às 12h e 14h às 17h

# DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO

➤ CASO SEJA A SITUAÇÃO DO CANDIDATO

|                                                                                                |  |                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| EU                                                                                             |  |                                                           |  |
| Estado civil                                                                                   |  | RG                                                        |  |
| CPF                                                                                            |  | <b>DECLARO QUE TENHO INTERESSE</b> na minha nomeação para |  |
| o cargo efetivo de                                                                             |  |                                                           |  |
| nomeado em virtude de <b>APROVEITAMENTO</b> para o Campus                                      |  |                                                           |  |
|                                                                                                |  |                                                           |  |
| pertencente ao Quadro de Pessoal do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFPA) |  |                                                           |  |

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato

# FICHA DE DADOS CADASTRAIS

|                                                                                                                                                                                                                                       |                       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
| <b>NOME COMPLETO:</b>                                                                                                                                                                                                                 |                       |               |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                       |               |
| <b>NOME SOCIAL:</b>                                                                                                                                                                                                                   |                       |               |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                       |               |
| <b>DADOS FUNCIONAIS BÁSICOS</b>                                                                                                                                                                                                       |                       |               |
| Conta salário, não pode ser conta poupança. Caso o servidor não possua conta salário, a Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas providenciará ofício que o próprio candidato levará à Instituição financeira credenciada. |                       |               |
| Banco / Agência:                                                                                                                                                                                                                      | Nº da Conta Corrente: |               |
| <b>OCORRÊNCIA DE INGRESSO NO ÓRGÃO (Este campo é para preenchimento da PROGEP)</b>                                                                                                                                                    |                       |               |
| Cargo:                                                                                                                                                                                                                                | CBO:                  | Posse:        |
| Data da Ocorrência:                                                                                                                                                                                                                   | Grupo/Ocorrência:     |               |
| Diploma Legal:                                                                                                                                                                                                                        | Nº Diploma Legal:     | Exercício:    |
| Jornada de Trabalho:                                                                                                                                                                                                                  | Classe/Nível:         | Classe/Nível: |
| <b>DADOS PESSOAIS</b>                                                                                                                                                                                                                 |                       |               |
| 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: |                    |        |
| <b>ENDEREÇO:</b> Caso haja alteração de endereço, comunicar à PROGEP, 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 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinatura legível do candidato**

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

|                                                                                                                                              |  |                              |             |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|-------------|-----|
| EU:                                                                                                                                          |  |                              |             |     |
| portador (a) do RG nº                                                                                                                        |  |                              | Expedido em |     |
| pelo                                                                                                                                         |  | inscrito (a) no CPF 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 se rescreita, 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”.***

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato

# FORMULÁRIO CADASTRO DE DEPENDENTE

➤ CASO SEJA A SITUAÇÃO DO CANDIDATO

| DADOS DO CANDIDATO |        |
|--------------------|--------|
| Nome completo:     |        |
| Lotação:           | CPF:   |
| Cargo:             | Tel.:  |
| Campus:            | Email: |

| 1 – PARA CONCESSÃO DO AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR                             |
|-----------------------------------------------------------------------|
| RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES (ORIGINAL E CÓPIA) |
| CPF e certidão(ões) de nascimento do(s) dependente(s).                |
| DEPENDENTE(S)                                                         |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |
| Nome completo:                                                        |

## 2 – PARA ACOMPANHAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA

### MARQUE O(S) TIPO(S) DE DEPENDENTE(S)

|  |                |  |                                                                                    |  |                                                                                    |
|--|----------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Cônjuge        |  | Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos                                                 |  | Pessoa absolutamente incapaz, da qual o(a) servidor(a) seja tutor(a) ou curador(a) |
|  | Companheiro(a) |  | Filho(a) ou enteado(a) de qualquer idade, quando incapacitado física e mentalmente |  | Pais                                                                               |

### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) (ORIGINAL E CÓPIA)

**Cônjuge:** CPF e Certidão de Casamento

**Companheiro(a):** CPF e cópia da Declaração de União Estável (autenticada em cartório);

**Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos:** CPF e Certidão de Nascimento.

**\*Caso também seja beneficiário do auxílio creche, basta anexar uma cópia dos documentos dos dependentes.**

**Filho(a) ou enteado(a) de qualquer idade, quando incapacitado física e mentalmente:** CPF e cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a) e laudo médico atestando a incapacidade;

**Pessoa absolutamente incapaz, da qual o(a) servidor(a) seja tutor(a) ou curador(a):** CPF e cópia da Certidão de Nascimento e/ou cópia da carteira de identidade e cópia do termo de tutela ou curatela.

**Pais:** RG e CPF.

### DEPENDENTE(S)

Nome completo:

Tipo de dependência:

Nome completo:

Tipo de dependência:

Nome completo:

Tipo de dependência:



|                      |
|----------------------|
| Nome completo:       |
| Tipo de dependência: |
| Nome completo:       |
| Tipo de dependência: |
| Nome completo:       |
| Tipo de dependência: |
| <b>Observações:</b>  |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_

**Assinatura legível do candidato**



## DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

➤ CASO SEJA A SITUAÇÃO DO CANDIDATO

|                                                                        |            |
|------------------------------------------------------------------------|------------|
| NOME:                                                                  |            |
| CARGO:                                                                 | MATRÍCULA: |
| Declara para fins de direito                                           |            |
| No (a): _____                                                          |            |
| NOME DO ÓRGÃO / REPARTIÇÃO                                             |            |
| Licitamente, conforme comprovante.                                     |            |
| _____                                                                  |            |
| INFORMAR NUMERAÇÃO DO DOCUMENTO DE POSSE EM OUTRO ÓRGÃO E ANEXAR CÓPIA |            |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato

## 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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

Assinatura legível do candidato



## DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

|                                                                                                         |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>NOME:</b>                                                                                            |                   |
| <b>CARGO:</b>                                                                                           | <b>MATRÍCULA:</b> |
| Declara para fins do concurso público, para o qual foi aprovado, que possui os seguintes bens e valores |                   |

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato



## DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO CARGO

|                                                                                                                                               |  |                 |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|-------------------------|
| EU                                                                                                                                            |  |                 |                         |
|                                                                                                                                               |  |                 |                         |
| habilitado (a) no Concurso Público Edital Nº                                                                                                  |  | para o cargo de |                         |
|                                                                                                                                               |  |                 | do Quadro Permanente do |
| <b>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA)</b> , declaro para os devidos fins que aceito assumir o referido cargo. |  |                 |                         |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato



## DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|--|
| EU                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |  |
| infra-assinado, brasileiro(a), estado civil                                                                                                                                                                                                                                            |  | RG |  |
| CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |    |  |
| <p>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.</p> |  |    |  |

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato

# DECLARAÇÃO NEGATIVA

## ➤ SEGURO DESEMPREGO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| EU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CPF |  |
| <p><b>DECLARO</b>, conforme previsto no <b>Art. 24 da Lei nº 79981, de 11 de janeiro de 1990<sup>1</sup></b>, que a partir do efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado, <b>não sou beneficiário do seguro desemprego</b>.</p> <p><b>DECLARO</b>, ainda, que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no <b>Art. 299 do Código Penal<sup>2</sup></b>.</p> |     |  |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato

**<sup>1</sup>Lei nº 79981, de 11 de janeiro de 1990 - Regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial, institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e dá outras providências.**

[...]  
"Art. 24. Os trabalhadores e empregadores prestarão as informações necessárias, bem como atenderão às exigências para a concessão do seguro-desemprego e o pagamento do abono salarial, nos termos e prazos fixados pelo Ministério do Trabalho".  
[...]

**<sup>2</sup>Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**

[...]  
"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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 fato juridicamente relevante".  
[...]

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

➤ PORTARIA NORMATIVA Nº2, de 08/11/2011

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|
| EU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | CPF |  |
| SITUAÇÃO FUNCIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |  |
| (servidor ativo, aposentado, beneficiário de pensão, empregado público, agente político)                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |     |  |
| <p><b>RESPONSABILIZO-ME</b>, 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 2, de 08 de novembro de 2011, publicada no D.O.U. de 09/11/2011, e em todas as ocasiões em que for solicitado.</p> |  |     |  |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do servidor ou beneficiário de pensão

# TERMO DE COMPROMISSO

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

Considerando a minha aprovação no **Concurso Público Edital nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de** \_\_\_\_\_, para **Provimento de Cargos Efetivos de** \_\_\_\_\_, firmo o presente Termo de Compromisso, comprometendo-me a:

- Desempenhar as atividades do cargo na unidade de lotação para qual fui nomeado 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 nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ de** \_\_\_\_\_, e demais instrumentos reguladores, dos quais não posso alegar desconhecimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato

### **CANDIDATO (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 candidato 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](http://www.in.gov.br)** ou na página de acompanhamento do concurso **[dgp.ifpa.edu.br](http://dgp.ifpa.edu.br)**.

# FORMULÁRIO I

MINISTERIO DO PLANEJAMENTO,  
ORÇAMENTO E GESTÃO

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO

## DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR

NOME

SIAPE

CPF

CARGO / FUNÇÃO

CÓDIGO

UNIDADE DE LOTAÇÃO

RAMAL

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

**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.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do servidor

# FORMULÁRIO II

| DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES (LEI Nº 8.429/92 e DECRETO Nº 5.483/2005) |                            |                                                                                                                                                         |                     |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ( ) Declaração de Ingresso                                             |                            | Preencher os itens 1,2,8,9, 11 e 12                                                                                                                     |                     |
| ( ) Declaração de Desligamento                                         |                            | Preencher todos os itens                                                                                                                                |                     |
| ( ) 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)                                                                                                                                                            |                   |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                           |                   |

**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 DEMAIS 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\$ |             |             |
| DISCRIÇÃO DO BEM/DIREITO                                                                                                           | CPF | TIPO                             | ANO DE 2005 | ANO DE 2006 |
|                                                                                                                                    |     |                                  |             |             |
|                                                                                                                                    |     |                                  |             |             |
|                                                                                                                                    |     |                                  |             |             |
|                                                                                                                                    |     |                                  |             |             |

**12. DÍVIDA E ÔNUS REAIS DO CONJUGE E DEMAIS 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 |
|                                                                            |     |         |                                  |             |
|                                                                            |     |         |                                  |             |
|                                                                            |     |         |                                  |             |

|                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 DESISTÊNCIA DE VAGA

**DECLARO**, para os devidos fins e efeitos de direito que na condição de aprovado em Concurso Público Edital nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ para o Quadro de Pessoal Permanente 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 \_\_\_\_\_.

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”.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do candidato



# QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE INVESTIDURA 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                       | ( ) |     |         |
|                                                                                         |     |     |         |
|                                                                                         |     |     |         |

| 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):                                                   | (      ) | (      ) |          |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |
|                                                                                                                                                   |          |          |          |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local Data

**Assinatura legível do candidato**

**CLAUDIO 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 | PROAD

**FABRÍCIO MEDEIROS ALHO**

Pró-Reitoria de Extensão | PROEX

**ANA PAULA PALHETA SANTANA**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação | PROPPG

**ELINILZE GUEDES TEODORO**

Pró-Reitoria de Ensino | PROEN

**FÁBIO DIAS DOS SANTOS**

Pró-Reitoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas | PROGEP

**VANESSA SOUZA ÁLVARES DE MELLO**

Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional | DPDI

**JOÃO AUGUSTO RODRIGUES**

Assessoria de Comunicação | ASCOM

**Equipe Técnica**

**ERLON RODRIGO SANTIAGO CAVALCANTE**

Chefia do Departamento de Desenvolvimento de Pessoas

**GABRIEL CASTRO SANTOS**

Coordenador de Desenvolvimento e Avaliação | CDA

**KEILA VARGAS**

Coordenadora de Assistência e Qualidade de Vida | CAQV

## **COMISSÃO DE PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DO ASSENTAMENTO FUNCIONAL DIGITAL**

**CELINEIDE RODRIGUES CAVALCANTE**

Presidente

**INGRID CABRAL MARTINS**

Membro

**IVONETE CONCEIÇÃO MARQUES DA SILVA**

Membro

**JORGE LUIS MORAES VALENTE**

Membro

**JOSIVALDO LISBOA DE OLIVEIRA**

Membro

**NEMER VIEIRA ZAIRE**

Membro

**RODRIGO OLIVEIRA NUNES**

Membro

**ROSA ELENA LEÃO MIRANDA**

Membro