

**INSTITUTO
FEDERAL**
Pará

KIT NOMEAÇÃO

Informações para posse

Editais Nº07 de 30 de agosto de 2016 – TAE

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

REITORIA

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

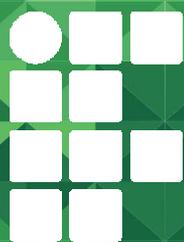
Tel.: (91) 3342 0621

Site: dgp.ifpa.edu.br

E-mail: capacitacao.servidores@ifpa.edu.br

Facebook: IfpaReitoria

Youtube: ASCOM IFPA



**INSTITUTO
FEDERAL**
Pará

ÍNDICE

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

PROCEDIMENTOS

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

2º. De posse dos resultados dos exames médicos, agendar perícia médica no endereço eletrônico <http://2016.dti.ifpa.edu.br/caqv> Após o agendamento, compareça na data agendada ao Ambulatório Médico - IFPA Campus Belém, localizado na Av. Almirante Barroso, nº 1155, entre as Travessas Mariz & Barros e Timbó Bairro: Marco Belém/PA, para submeter-se à Perícia Médica Oficial do IFPA (exame pré-admissional);

FIQUE ATENTO!

- *Comparecer ao ambulatório médico com cópias e originais de todos os laudos e exames médicos requeridos no edital e kit nomeação para apresentar no ato da avaliação pericial;*
- *Cópia do D.O.U com nomeação do candidato;*
- *Questionário para exame de investidura em cargo público – 02 cópias frente e verso (consta nesse kit)*
- *As candidatas em estado gestacional não precisarão apresentar o exame de Raios-X, PA e Perfil;*
- *Os candidatos Pcd deverão se submeter a avaliação pericial por junta médica;*
- *Horário de realização da avaliação pericial (exame admissional): Segunda à Sexta – 14h às 17h por ordem de chegada.*

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

Número:(091)99188-4269/e-mail: caqv.dgp@ifpa.edu.br

Endereço: Av. Almirante Barroso, 1155, entre: Mariz e Barros e Timbó, bairro: Marco.

3º. Juntar o Laudo da Perícia Médica Oficial e os exames médicos exigidos no Edital e no KIT à documentação necessária para a posse, listada conforme o Edital e o KIT. Agendar posse no endereço eletrônico <http://2016.dti.ifpa.edu.br/dgp>. Após o agendamento, compareça na data agendada, munido de todos os documentos, à **Diretoria de Gestão de Pessoas, localizada na Av. João Paulo II, S/Nº, entre Pass. Mariano e Pass. Coração de Jesus Bairro: Castanheira Belém PA**, observado o prazo legal de **30 (trinta dias)**, a contar da publicação da nomeação no Diário Oficial da União;

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

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

FIQUE ATENTO!

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

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

FIQUE ATENTO!

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

DOCUMENTOS PARA POSSE

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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**.

PROCEDIMENTOS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD) – ATENÇÃO

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

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

EM CASO DE DÚVIDAS, LIGAR PARA:

Relacionadas aos exames médicos

Coordenação de Assistência e Qualidade de Vida (CAQV/DGP)

Fone: (91) 99188 - 4269

Horário: 9h às 12h e 14h às 17h

Relacionadas aos documentos da posse

Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP/REITORIA)

Fone: (91) 3342 - 0621

Horário: 9h às 12h e 14h às 17h

FICHA DE DADOS CADASTRAIS

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

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

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

_____/_____/_____
Local / Data

Assinatura legível do candidato



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

NOME:	
CARGO:	MATRÍCULA:
Declara para fins do concurso público, para o qual foi aprovado, que possui os seguintes bens e valores	

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR

_____/_____/_____
Local / Data

Assinatura legível do candidato



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

NOME:	
CARGO:	MATRÍCULA:
Declara para fins de Direito	

No (a): _____

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

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

Local / Data

Assinatura 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

_____, ____/____/____
Local / Data

Assinatura legível do candidato

Nome legível

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO

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

_____, ____/____/____
Local / Data

Nome legível

Assinatura legível do candidato

FUTURO SERVIDOR (A),

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

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

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

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

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

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

Qualquer dúvida, veja DOU de 11/09/07, seção 1, páginas 51 a 53, endereço www.in.gov.br ou na página de acompanhamento do concurso dgp.ifpa.edu.br

FÓRMULÁRIO I

MINISTERIO DO PLANEJAMENTO,
ORÇAMENTO E GESTÃO

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO
DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA DA PESSOA FÍSICA

DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR

NOME:

MATRÍCULA SIAPE:

CPF:

CARGO / FUNÇÃO:

CÓDIGO:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

RAMAL:

Autorizo, para fins do cumprimento à exigência contida no § 4º do art. 13 da Lei nº 8.429, de 1992, o acesso às declarações anuais apresentada à Secretaria da Receita Federal do Brasil, com as respectivas retificações, tendo em vista o disposto no § 2º do art. 3º do decreto nº 5.483, de 30 de junho de 2005.

_____, ____/____/____
Local / Data

Nome do Servidor

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

FÓRMULÁRIO II

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES (LEI Nº 8.429/92 e DECRETO Nº 5.483/2005)

() 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)	
---	--

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

11. BENS DO CONJUGE E 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\$	
DISCRICÃO 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



KIT NOMEAÇÃO 23

Documentos para posse

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU,

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

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

“Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular”.

_____, ____/____/____
Local / Data

Assinatura legível do candidato

DECLARAÇÃO DESISTÊNCIA DE VAGA

DECLARO para os devidos fins e efeitos de direito que na condição de aprovado em 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 _____

_____, ____/____/____
Local / Data

Assinatura legível do candidato

TERMO DE COMPROMISSO

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

TERMO DE COMPROMISSO

Considerando a minha aprovação no **Concurso Público Edital nº 07/2016, de 30 de agosto de 2016** para Provimento de Cargos de **Técnico-Administrativos em Educação**, 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 07/2016, de 30 de agosto de 2016** e demais instrumentos reguladores, dos quais não posso alegar desconhecimento.

_____/_____/_____
Local / Data

Assinatura legível do candidato

DECLARAÇÃO

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

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

Belém Pará, _____ de _____ de _____

Assinatura legível do candidato

DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO

EU			
infra-assinado, brasileiro(a), estado civil :		portador (a) do RG nº:	
	inscrito (a) no CPF Sob o nº:		
DECLARO que tenho interesse na minha nomeação para o cargo efetivo de			
nomeado em virtude de APROVEITAMENTO 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**.

Belém Pará, _____ de _____ de _____

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 inchação (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, especifique. _____ _____ _____	()	()	
40 – Fuma?	()	()	
41 – Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	()	()	
42 – Usa habitualmente bebida alcoólica?	()	()	
43 – Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	()	()	
44 – Tem intranquilidade no lar	()	()	
45 – Está insatisfeito com seu cargo que exerce / exerceu?	()	()	
46 – Acha seu trabalho cansativo?	()	()	
47 – Tem faltado muito ao trabalho por doença?	()	()	
48 – Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	()	()	
49 – Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar ao quesito 53	()	()	
50 – Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico?	()	()	()
51 – Em caso afirmativo, houve necessidade de internação _____	()	()	
52 – Quais as suas ocupações anteriores? _____ _____ _____	()	()	
53 – Tem feito uso habitual de algum medicamento? Especificar _____ _____ _____	()	()	

54 – No momento está fazendo algum tratamento médico? Especificar	()	()	

NOME:
ASSINATURA:

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

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

_____, ____/____/____
Local / Data

Assinatura

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

CLÁUDIO ALEX JORGE DA ROCHA
Reitor do IFPA

ANDRÉ MOACIR LAGE MIRANDA
Diretoria Executiva do IFPA

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

WALDEMIR MONTEIRO BEZERRA
Assessoria Executiva do IFPA

DANILSON LOBATO DA COSTA
Pró-Reitoria de Administração

MARY LUCY MENDES GUIMARÃES
Pró-Reitoria de Extensão

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

RAIMUNDO NONATO SANCHES SOUZA
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional

ELENILZE GUEDES TEODORO
Pró-Reitoria de Ensino

MICHEL ANDRÉ GONÇALVES DE SOUZA
Diretoria de Gestão de Pessoas

JOÃO AUGUSTO RODRIGUES
Assessoria de Comunicação

Equipe Técnica

ERLON RODRIGO SANTIAGO CAVALCANTE
Chefia do Departamento de Desenvolvimento de Pessoas

DEIZE DOS SANTOS GONÇALVES FREIRE
Coordenadora de Desenvolvimento e Avaliação

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

Diagramação

HÉDEN WÁRLEN DE ASSUNÇÃO FRANCO
Assessoria de Comunicação – Reitoria