



**INSTITUTO  
FEDERAL**  
Pará

# KIT NOMEAÇÃO

Documentos para posse (TAE)

**INSTITUTO FEDERAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PARÁ  
REITORIA**

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

**Tel.:** (91) 3342 0621

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

**E-mail:** [capacitacao.servidores@ifpa.edu.br](mailto:capacitacao.servidores@ifpa.edu.br)

**Facebook:** IfpaReitoria

**Youtube:** ASCOM IFPA



**INSTITUTO  
FEDERAL**  
Pará

## ÍNDICE

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Procedimentos                      | 3  |
| Observações importantes            | 4  |
| Documentação necessária para posse | 5  |
| Ficha de dados cadastrais          | 9  |
| Declaração de bens                 | 11 |
| Declaração de acumulação           | 13 |
| Declaração de aceitação            | 14 |
| Formulário I                       | 16 |
| Formulário II                      | 17 |
| Declaração de residência           | 24 |
| Declaração de desistência de vaga  | 25 |
| Termo de compromisso               | 26 |

## 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 na **Coordenação de Assistência e Qualidade de Vida (CAQV/REITORIA)**, fone **(91) 99188 - 4269**. Após o agendamento, compareça na data agendada ao **Gabinete 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 com cópias e originais de todos os exames médicos para apresentar no ato da avaliação pericial;
- As candidatas em estado gestacional não precisarão apresentar o exame de Raio X, PA e Perfil;
- Os candidatos Pcd deverão se submeter a avaliação pericial por junta médica;
- Horário de **agendamento** da **avaliação pericial: segunda à sexta – 9h às 11h30 e 14h às 17h00**.

**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://dgp.ifpa.edu.br/agendamento>**. 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;

### FIQUE ATENTO!

- Horário realização da posse será de acordo com os horários e dias disponíveis no sistema.

**4º.** O termo de posse será enviado posteriormente junto com a pasta funcional do candidato para unidade de lotação que foi nomeado.

## 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)*

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA 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] - Trazer também cópia no formato PDF.*
2. **CERTIDÃO DE NASCIMENTO (SE FOR SOLTEIRO) OU CASAMENTO (SE FOR CASADO)** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
3. **CARTEIRA DE IDENTIDADE** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
4. **CPF** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
5. **CERTIFICADO DE RESERVISTA PARA OS CANDIDATOS DO SEXO MASCULINO** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
6. **COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE COM OS RESPECTIVOS HISTÓRICOS** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
7. **COMPROVANTE DE REGISTRO NO ÓRGÃO DE CLASSE, CASO SEJA PRÉ-REQUISITO PARA INVESTIDURA DO CARGO EXIGIDO NO EDITAL** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
8. **CERTIDÃO NEGATIVA DA POLICIA FEDERAL** *[Original] - Trazer também cópia no formato PDF.*
9. **CERTIDÃO NEGATIVA DA POLICIA CIVIL** *[Original] - Trazer também cópia no formato PDF.*
10. **CERTIDÃO NEGATIVA DO TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORIAL** *[Original] - Trazer também cópia no formato PDF.*
11. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA MILITAR FEDERAL** *[Original] - Trazer também cópia no formato PDF.*
12. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA MILITAR ESTADUAL** *[Original] - Trazer também cópia no formato PDF.*
13. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA FEDERAL** *[Original] - Trazer também cópia no formato PDF.*
14. **CERTIDÃO NEGATIVA DA JUSTIÇA ESTADUAL** *[Original] - Trazer também cópia no formato PDF.*
15. **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
16. **TÍTULO DE ELEITOR, COM CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL, PARA BRASILEIROS** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
17. **DOCUMENTO DE INSCRIÇÃO NO PIS / PASEP** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
18. **NÚMERO DA CONTA SALÁRIO ESPECIFICANDO BANCO E AGÊNCIA** *[Original e cópia] - Trazer também cópia no formato PDF.*
19. **01 (UMA) FOTO 3 X 4 (Original)** - *Trazer também cópia no formato PDF.*
20. **FICHA DE DADOS CADASTRAIS PREENCHIDA** *(Página 09 do KIT) - Trazer também preenchida no formato PDF.*
21. **DECLARAÇÃO DE APROVEITAMENTO** - Caso seja a situação do candidato - *Trazer também preenchida no formato PDF.*
22. **DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA** *(Página 24 do KIT) - Trazer também preenchida no formato PDF.*

23. **DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO CARGO PÚBLICO** (Página 14 do KIT) - Trazer também preenchida no formato PDF.
24. **DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES** (Página 11 do KIT) - Trazer também preenchida no formato PDF.
25. **DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGOS OU FUNÇÕES** (Página 12 do KIT) - Trazer também preenchida no formato PDF.
26. **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DECLARAÇÃO DE AJUSTE DE IR** - (Página 16 ou 17 do KIT) - Trazer também preenchida no formato PDF.
27. **CURRÍCULO RESUMIDO OU CURRÍCULO LATTES** - Trazer também preenchida no formato PDF
28. **ATESTADO MÉDICO (PRÉ-ADMISSÃO)** [Original]
29. **HEMOGRAMA COMPLETO** [Original e cópia]
30. **GLICEMIA EM JEJUM** [Original e cópia]
31. **TIPAGEM SANGUÍNEA + FATO RH** [Original e cópia]
32. **E.C.G. – ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO DO RESULTADO DO EXAME** [Original e cópia]
33. **LAUDO MEDICO CARDIOLOGICO EMITIDO POR MEDICO CARDIOLOGISTA OU CIRURGIÃO CARDÍACO** [Original e cópia]

**FIQUE ATENTO!**

- São dois laudos: um laudo com o resultado do exame ECG e outro laudo cardiológico emitido por médico cardiologista regularmente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM) [Original e cópia]

34. **LAUDO PSIQUIÁTRICO EMITIDO POR MÉDICO PSIQUIATRA REGULARMENTE REGISTRADO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – CRM** [Original e cópia]
35. **RADIOGRAFIA DO TÓRAX PA E PERFIL COM LAUDO** [Original e cópia]
36. **CREATININA** [Original e cópia]
37. **URINA I** [Original e cópia]
38. **AST/TGO** [Original e cópia]
39. **ALT/TGP** [Original e cópia]
40. **FOSFATASE ALCALINA** [Original e cópia]
41. **GAMA GT** [Original e cópia]
42. **CARTEIRA DE VACINAÇÃO ATUALIZADA: TÉTANO, FEBRE AMARELA E HEPATITE B** [Original e cópia]
43. **MULHERES GRÁVIDAS ESTÃO DISPENSADAS DE APRESENTAR A RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL, MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DE EXAME DE BHCG POSITIVO, ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA 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.
- 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.

**COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**  
(Trecho retirado do Edital Nº 02/2016, de 9 de março de 2016)

3.1.1.1. 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).**

3.1.1.1. 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.

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

**FIQUE ATENTO!**

- Trazer também preenchida no formato PDF, a comprovação de 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 e 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.

## **ARQUIVOS EM PDF**

Os documentos, que também são solicitados no formato PDF, devem formar um único arquivo para ser entregue em CD pelo candidato nomeado. O CD deverá vir identificado com o **NOME DO CANDIDATO, CARGO e LOTAÇÃO**.

## **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

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

## KIT NOMEAÇÃO 10

Documentos para posse

|                                                                                            |                                 |                    |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|--------|
| 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 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**

## DECLARAÇÃO DE BENS

|                                                                   |                   |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>NOME:</b>                                                      |                   |
| <b>CARGO:</b>                                                     | <b>MATRÍCULA:</b> |
| Declara para fins de _____ que possui os seguintes bens e valores |                   |

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Local / Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**



## 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**

**Nome legível**

## DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO

|                                                                                            |  |                                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <b>EU</b>                                                                                  |  |                                   |  |
|                                                                                            |  |                                   |  |
| 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**

**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;

***Você 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)

## FÓRMULÁRIO I

|                                                   |                                                                                                          |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MINISTERIO DO PLANEJAMENTO,<br>ORÇAMENTO E GESTÃO | FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À DECLARAÇÃO<br>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 |                    |                     |      |
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE PÚBLICO</b>                              |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
| CPF:                                                                   |                            | Título Eleitoral:                                                                                                                                       |                    | Data do Nascimento: |      |
| NOME:                                                                  |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
| ENDEREÇO:                                                              |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
| TIPO:                                                                  |                            |                                                                                                                                                         | LOGRADOURO:        |                     |      |
| NÚMERO:                                                                | COMP. (APTO, BLOCO, SALA): |                                                                                                                                                         | BAIRRO/DISTRITO:   |                     | CEP: |
| MUNICÍPIO:                                                             |                            | UF:                                                                                                                                                     | DDD:               | FONE:               |      |
| <b>2. DEPENDENTES</b>                                                  |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
| CPF                                                                    | RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA     |                                                                                                                                                         | DATA DO NASCIMENTO |                     |      |
|                                                                        |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
|                                                                        |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
|                                                                        |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
|                                                                        |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |
|                                                                        |                            |                                                                                                                                                         |                    |                     |      |

**KIT NOMEAÇÃO 18**  
Documentos para posse

|                                                                        |      |                   |                  |
|------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|------------------|
| <b>3. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELO TITULAR</b>      |      |                   |                  |
| NOME DA FONTE PAGADORA                                                 | CNPJ | RENDIMENTOS – R\$ |                  |
|                                                                        |      |                   |                  |
|                                                                        |      |                   |                  |
|                                                                        |      |                   |                  |
| TOTAL                                                                  |      |                   |                  |
| Informar principal fonte pagadora                                      |      | CNPJ              |                  |
|                                                                        |      |                   |                  |
|                                                                        |      |                   |                  |
| <b>4. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELOS DEPENDENTES</b> |      |                   |                  |
| NOME DA FONTE PAGADORA                                                 | CNPJ | CPF DEPENDENTE    | RENDIMENTOS- R\$ |
|                                                                        |      |                   |                  |
|                                                                        |      |                   |                  |
|                                                                        |      |                   |                  |
| TOTAL                                                                  |      |                   |                  |

**KIT NOMEAÇÃO 19**  
Documentos para posse

| <b>5. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS FÍSICAS E DO EXTERIOR PELO TITULAR</b> |                   |              |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------|
| 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                                                                         |                   |              |                         |

**KIT NOMEAÇÃO 20**  
Documentos para posse

| 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 entendidas 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)                                                                                                                                             |                   |

**KIT NOMEAÇÃO 21**  
Documentos para posse

|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------|
| Outros rendimentos do titular (especifique)                                                                                                                                                                       |                   |                                  |             |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                      |                   |                                  |             |
| <b>8. DECLARAÇÃO DE BENS E DIREITOS</b>                                                                                                                                                                           |                   |                                  |             |
| 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 |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                      |                   |                                  |             |
| 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 |                   |                                  |             |
| <b>9. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS</b>                                                                                                                                                                                    |                   |                                  |             |
| Discriminar Dívidas e ônus reais – nome do beneficiário ou credor                                                                                                                                                 |                   | Situação em 31 de dezembro – R\$ |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   | Ano de 2004                      | Ano de 2005 |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                      |                   |                                  |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
| <b>10. INFORMAÇÕES DO CONJUGE E DEMAIS DEPENDENTES</b>                                                                                                                                                            |                   |                                  |             |
| CPF                                                                                                                                                                                                               | RENDIMENTOS – R\$ |                                  |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                  |             |

## KIT NOMEAÇÃO 22

Documentos para posse

|                                                                                                                                 |     |      |                                  |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|----------------------------------|-------------|
| <b>11. BENS DO CONJUGE E DEMAIS DEPENDENTES</b>                                                                                 |     |      |                                  |             |
| 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 |
|                                                                                                                                 |     |      |                                  |             |
|                                                                                                                                 |     |      |                                  |             |
|                                                                                                                                 |     |      |                                  |             |
|                                                                                                                                 |     |      |                                  |             |
|                                                                                                                                 |     |      |                                  |             |
| <b>12. DÍVIDA E ÔNUS REAIS DO CONJUGE E DEMAIS DEPENDENTES</b>                                                                  |     |      |                                  |             |
| 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 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local / Data

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

## TERMO DE COMPROMISSO

|                            |
|----------------------------|
| <b>NOME COMPLETO:</b>      |
|                            |
| <b>CARGO:</b>              |
| <b>UNIDADE DE LOTAÇÃO:</b> |
| <b>ENDEREÇO:</b>           |
| <b>TELEFONE:</b>           |
| <b>E-MAIL:</b>             |

### TERMO DE COMPROMISSO

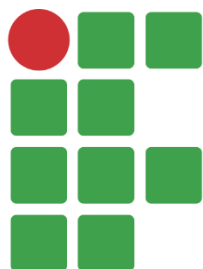
Considerando a minha aprovação no Concurso Público Edital **Nº02/2016, DE 9 DE MARÇO DE 2016** para Provimento de Cargos Técnico-Administrativos em Educação, firmo o presente Termo de Compromisso, comprometendo-me a:

- 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 **Nº02/2016, DE 9 DE MARÇO DE 2016** e demais instrumentos reguladores, dos quais não posso alegar desconhecimento.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local / Data

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

# FICHA TÉCNICA



**INSTITUTO  
FEDERAL**  
Pará

**INSTITUTO FEDERAL DO PARÁ**

Cláudio Alex | Reitor

**DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - DGP**

Jairo dos Santos Rodrigues

**COORDENAÇÃO DE  
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO**

Erlon Rodrigo Santiago Cavalcante

**COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA  
E QUALIDADE DE VIDA**

Suziane de Cássia Leite Brito

**ASSISTENTE DA DIRETORIA  
DE GESTÃO DE PESSOAS - DGP**

Deize dos Santos Gonçalves Freire

**DIAGRAMAÇÃO  
ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO - ASCOM**

Héden Warlen de Assunção Franco

**E-MAIL**

[capacitação.servidores@ifpa.edu.br](mailto:capacitação.servidores@ifpa.edu.br)

**SITE**

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

**FACEBOOK**

IFPAReitoria

**YOUTUBE**

ASCOM IFPA