



PROCEDIMENTOS A SEREM OBSERVADOS

1º Fazer os exames médicos exigidos neste KIT e Edital para a Posse no Cargo (de 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 ao Gabinete Médico do IFPA Campus Belém, situado à Av. Almirante Barroso, nº 1155, entre as Travessas Mariz & Barros e Timbó, Bairro do Marco, Belém/PA, para submeter-se à Perícia Médica Oficial do IFPA (exame pré-admissional);
Trazer cópia dos exames médicos para perícia.

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.

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;

OBS: Tal demanda se dá em caráter de necessidade, portanto, pede-se que acelerem os procedimentos. Observados os prazos legais, conforme a Lei nº 8.112/1990.



DADOS FUNDAMENTAIS A SEREM OBSERVADOS ANTES DA POSSE

- Acumulação de cargos;

Ressalvados os casos previstos na Constituição, é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos.

- Quitação junto à Receita Federal (C.P.F. sem pendências)

DA POSSE E DO EXERCÍCIO

Lei 8.112/90

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 Comprovante Bancário, especificando Número de Conta Corrente, Banco e Agência (Original e Cópia);
- 2 Comprovante de Residência – água, luz ou telefone (original e cópia)
Caso o comprovante de residência não esteja no nome do candidato, solicita-se o preenchimento da Declaração de Residência (fornecida pelo IFPA)
- 3 Carteira de identidade (original e cópia);
OBS: POR EXIGÊNCIA DO SISTEMA SIAPE, FAVOR APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE O RG.
- 4 Certificado de Reservista para os candidatos do sexo masculino (original e cópia);
- 5 Certidão de Nascimento ou Casamento (original e cópia);
- 6 CPF (original e cópia);
- 7 Título Eleitoral com os últimos comprovantes de votação ou Declaração de Quitação Eleitoral (original e cópia);
- 8 PIS ou PASEP (original e cópia);
- 9 Comprovantes de Escolaridade com os respectivos históricos – ex: Graduação e Pós-graduação (original e cópia);
Caso o candidato possua escolaridade superior à exigida para o cargo, conforme previsão do edital, deverá preencher Formulário de Incentivo à Qualificação ou Retribuição por Titulação (fornecido pelo IFPA)
- 10 Tipagem Sanguínea;
- 11 01 (uma) foto 3X4 recente;
- 12 Declaração de Bens e Valores (fornecida pelo IFPA);
- 13 Declarações de Acumulação de Cargos, Empregos ou funções (fornecidas pelo IFPA), com horário especificado;
- 14 Ficha de Dados Cadastrais devidamente preenchidas (fornecida pelo IFPA);
- 15 Declaração de aceitação de Cargo Público (fornecida pelo IFPA);
- 16 Formulário I ou II (fornecidas pelo IFPA);
- 17 Termo de Compromisso (fornecido pelo IFPA);
- 18 Declaração de não sofrimento de penalidade (fornecida pelo IFPA);
- 19 Declaração de aproveitamento (fornecidas pelo IFPA);
- 20 Currículo Resumido ou Currículo Plataforma *Lattes*.
16. Certidões: Criminal Negativa da Justiça Federal, Criminal Negativa da Justiça Estadual, Criminal Negativa da Justiça Eleitoral, Criminal Negativa da Justiça Militar, Criminal Negativa da Justiça da Polícia Civil e Criminal Negativa Polícia Federal.

EXAMES NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO

1. Hemograma;
2. Glicemia em Jejum;
3. VDRL;
4. E.G.C. – Eletrocardiograma com laudo;
5. Radiografia do Tórax AP e perfil com laudo;
6. Laudo psiquiátrico emitido por médico psiquiatra;
7. Tipagem sanguínea;
8. Laudo cardiológico emitido por médico cardiologista;
9. Eletroencefalograma + laudo a parte do médico neurologista;
10. Procedimentos para gestantes, além dos exames acima, trazer:

a) laudo médico constando:

- a.1) Idade gestacional;
- a.2) Situação de risco da gravidez;
- a.3) data provável do parto;
- a.4) Carteira do pré-natal atualizada nos últimos 30 dias.

- Além dos exames e laudos, trazer Questionário para exame de investidura em cargo público – 02 cópias frente e verso (consta nesse kit)

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/inhttps://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_medicos&Itemid=59dex.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 contendo a especialidade e levar no dia da avaliação pericial.

- OS EXAMES LABORATORIAIS (HEMOGRAMA, GLICEMIA DE JEJUM E VDRL) TEM PRAZO DE VALIDADE DE 30 DIAS, ENQUANTO OS DEMAIS EXAMES 60 DIAS.

Obs: Para agendamento de exame pré-admissional, entrar no endereço eletrônico <http://2016.dti.ifpa.edu.br/caqv>. Após o agendamento compareça 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).

Obs²: Os exames pré-admissionais, de responsabilidade do IFPA, serão realizados no município de Belém-PA, conforme previsto no Edital nº 04/2015.



FICHA DE DADOS CADASTRAIS

NOME COMPLETO: _____

NOME SOCIAL: _____

DADOS FUNCIONAIS BÁSICOS

Conta Corrente, não pode ser conta poupança: Caso o servidor não possua conta-corrente, a DGP providenciará ofício que o próprio candidato levará ao Banco do Brasil)

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 do 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: _____ N.º do Registro: _____ Data Expedição: _____

PIS/PASEP: _____ Data do primeiro emprego/cargo: _____

ENDEREÇO: Caso haja alteração de endereço, comunicar à DGP, após o 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. **Imprimir em frente e verso.**

_____, ____/____/____

Local/data

assinatura



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

NOME:	
CARGO:	MATRÍCULA SIAPE:

DECLARA PARA FINS DE: **Direito**

NO (a) : _____ LICITAMENTE,
NOME DO ÓRGÃO/REPARTIÇÃO

CONFORME COMPROVANTE

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

_____ de _____ de _____.

assinatura

OBS: O servidor que exerce outro CARGO PÚBLICO deverá, obrigatoriamente, trazer declaração do Órgão contendo seu horário de trabalho. Sempre que ocorrer alteração nesta declaração a mesma deverá ser renovada.



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/inic.priv./prof. lib./auton.	carga horária semanal
_____	_____	_____
cargo/atividade	órgão/inic.priv./prof. lib./auton.	carga horária semanal
_____	_____	_____
cargo/atividade	órgão/inic. priv./prof. lib./auton.	carga horária semanal
_____	_____	_____
cargo/atividade	órgão/inic. priv./prof. lib./auton.	carga horária semanal

_____, ____ de _____ de _____

assinatura

nome legível



DECLARAÇÃO

_____,
Habilitado em Concurso Público para o cargo
de _____

do Quadro Permanente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Pará
declara para os devidos fins que aceita assumir o referido cargo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura legível do candidato

Caro Servidor,

Por determinação do Ministério do Planejamento e Controladoria Geral da União, Portaria nº. 298 de 06/09/07.

O servidor terá que optar por um dos formulários anexos.

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

Qualquer dúvida, veja DOU de 11/09/07, seção 1, páginas 51 a 53, endereço

www.in.gov.br.

FORMULÁRIO I



MEC – SETEC SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA TECNOLOGIA DO PARÁ
 MINISTERIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



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

DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR

<i>NOME</i>	
<i>MATRÍCULA SIAPE</i>	<i>CPF</i>
<i>CARGO/FUNÇÃO</i>	<i>CÓDIGO</i>
<i>UNIDADE DE LOTAÇÃO</i>	<i>RAMAL</i>

AUTORIZAÇÃO

.....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 apresentadas 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.

_____ / _____ / _____

Assinatura do Servidor

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

FORMULÁRIO II



MEC – SETEC SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA TECNOLOGIA DO PARÁ
 DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



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	COMPLEMENTO (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)	
JAN			
FEV			
MAR			
ABR			
MAI			
JUN			
JUL			
AGOS			
SET			
OUT			
NOV			
DEZ			
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 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)	
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
DECLARO QUE AS INFOMAÇÕES 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.”

_____ de _____ de _____
(Local e 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 para o Quadro de Pessoal Permanente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Do Pará – IFPA, cargo de _____ desisto da vaga do referido processo no qual fui aprovado e para o qual fui convocado, em virtude:

_____, _____ de _____ de _____.

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 04 de 13 de maio de 2015** para Provimento de Cargos de **Professor Efetivo do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico**, 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 04 de 13 de maio de 2015** 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 inquietude 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 _____ _____	()	()	



MEC – SETEC SERVIÇO
PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA TECNOLOGIA DO PARÁ
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



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