



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DECLARAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES E PROVENTOS E OUTROS VÍNCULOS

CPF:	Nome:				
Telefone:	E-mail:				
Nomeado(a) através da Portaria nº _____ ao cargo de _____					
JORNADA DE TRABALHO NA UFOPA					
Lotação:	Cargo/emprego:				
Regime de Trabalho: () 20 h () 25 h () 30 h () 40 h () Dedicção exclusiva <i>(O vínculo no regime de dedicação exclusiva impede o docente de manter quaisquer outros vínculos profissionais remunerados, seja na iniciativa pública ou privada.)</i>					
Discriminação do Horário Cumprido					
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
DECLARO, em observância às disposições legais vigentes e para fins de comprovação perante a UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ, que:					
<p>1. OCUPA outro cargo/emprego/função em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle diretor, quer na esfera FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL OU DISTRITAL? () NÃO () SIM, informar abaixo:</p> <p>Denominação do Cargo, Emprego ou Função: _____ Órgão: _____ Regime de trabalho: () 20h () 40h () DE () Outro: _____ Nível de escolaridade exigido para o Cargo, Emprego ou Função: _____ Área de atuação do cargo: () Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico Data de ingresso: ____/____/____ Unidade da Federação em que exerce o cargo: _____ Jornada de Trabalho: De ____ às ____ horas/De ____ às ____ horas Quais dias da semana (Seg, Ter, Qua, Qui, Sex, Sab, Dom)? _____ <i>Anexar Declaração do Órgão contendo informações sobre o cargo, vínculo, endereço do local de trabalho e horário diário e semanal de trabalho.</i></p> <p>Está licenciado(a) ou com suspensão contratual no vínculo acima informado? () Não () Sim Tipo: _____ Período: ____/____/____ A ____/____/____ Órgão: _____ Cargo: _____ <i>Anexar cópia do Ato que concedeu a licença ou suspensão contratual.</i></p>					
<p>2. RECEBE PROVENTOS de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado? () NÃO () SIM, de que tipo? () Aposentadoria. () Pensão () Reserva remunerada. () Militar reformado. Denominação do cargo: _____ Órgão: _____ Nível de escolaridade exigido para o cargo: _____ Área de atuação do cargo: () Médico () Saúde () Magistério () Técnico/Científico Jornada de trabalho do cargo: _____ Data de início da concessão: ____/____/____ Se beneficiário de pensão informar o grau de parentesco com o instituidor: _____ Fundamento legal da aposentadoria ou pensão: _____</p>					



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Anexar cópia do Ato que concedeu o benefício.

3. **RECEBE** valores (remuneração, aposentadoria ou pensão) de outros entes da federação (Estado, Município, DF), de Empresas Públicas, Sociedades de economia mista e suas subsidiárias, sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público? () **NÃO** () **SIM**

3.1 O órgão pelo qual recebe sua remuneração ou proventos de aposentadoria ou pensão está integrado à base de dados do sistema federal SIAPE?

() Sim () Não, neste caso o servidor está obrigado a **fornecer cópia do(s) contracheque(s) ou comprovante(s)** de recebimento de valores de todos os vínculos que possuir, no **ato da posse, nos meses de abril e outubro** de todos os anos, sempre que houver alteração no valor da remuneração, e em todas as ocasiões em que for solicitado.

4. **EXERCE** atividade em empresa privada? () **NÃO** () **SIM, informar abaixo:**

Empresa: _____ Regime de trabalho semanal: _____

Atividade: _____ Horário de trabalho: ____ h ____ às ____ h ____

Apresentar Declaração da empresa informando sobre: o cargo, local de trabalho (endereço) e horário de trabalho diário e jornada semanal total.

5. **EXERCE** atividade como autônomo? () **NÃO** () **SIM, qual?** _____

Horário de trabalho diário: ____ h ____ às ____ h ____ Dias da semana: _____

Apresentar Declaração de próprio punho informando a atividade que exerce, o endereço do local de trabalho, a jornada semanal e diária dedicada a atividade.

6. **PARTICIPA** de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada? () **NÃO** () **SIM, informar** sob qual condição (na qualidade de participante da administração direta, ou de acionista, cotista ou mandatário)? _____

Apresentar cópia autenticada do Contrato Social

OBS. Conforme o inciso X, do Art. 117, da Lei 8.112/90, ao servidor público federal é proibido participar de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada, exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou mandatário;

DECLARO, estar ciente de que devo comunicar a Universidade Federal do Oeste do Pará qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional para os casos de acumulação de cargos, observadas as situações que possam gerar conflito de interesses.

DECLARO que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado.

DECLARO ter conhecimento de que é minha obrigação compatibilizar os horários em caso de acumulação lícita e que o interesse público sempre deverá se sobrepor a interesses pessoais e privados, devendo adequar-me as necessidades desta instituição.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Comprometo comunicar a essa PROGEP/UFOPA qualquer alteração nesta situação.

Santarém, ____ de ____ de ____

Assinatura do declarante