UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL - NOMEAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Cidade de nascimento: | Estado: |
| País: | Data de Nascimento: |
| Pai: | Mãe: |
| Profissão: |
| Estado Civil: | Nome do Cônjuge: |
| Endereço:  |
| Cidade: | Bairro: CEP: |
| Se possui nível superior Informe Graduação: |
| Estabelecimento de ensino e Município: |
| Concluído em: | N. Registro: |
| Banco: | Agência: | Conta corrente: |
| Empregos anteriores (mencionar empresas, cargos e períodos) |
|  |
|  |
| Fone: |
| E-mail: Tipo Sanguíneo: Cor:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTOS APRESENTADOS** |  |
|  CARTEIRA DE IDENTIDADE | Nº:  | Órgão Expedidor: |
| Data da Expedição: | UF: |
| TITULO DE ELEITOR | Nº:  | Zona | Seção |
| Data da Expedição: | UF: |
| CPF/MF Nº: |
| CERTIFICADO MILITAR | Nº:  | Série: Data: |
| Denominação: | UF: |
| PIS ou PASEP | Nº: | Órgão que cadastrou: |
| ATESTADO MÉDICO DA JUNTA MÉDICA  | Data: | Expedido por: |
| Registro no órgão fiscalizador da profissão (quando exigido em Edital): |
| Santarém (PA) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  | Assinatura |

 |

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA**

Fone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em obediência à legislação de imposto de renda em vigor, venho requerer a inclusão dos dependentes relacionados abaixo, em virtude que tenho encargos de família para fins de imposto de renda:

|  |
| --- |
| **RELAÇÃO DOS DEPENDENTES** |
| Nome:  | Parentesco: |
| Nascimento: / / | Sexo:  | CPF: |
| UF Cartório:  | Nº Registro: | Folha: | Livro: |
| Nome do Cartório: |
| Nome da Mãe:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | Parentesco: |
| Nascimento: / / | Sexo:  | CPF: |
| UF Cartório:  | Nº Registro: | Folha: | Livro: |
| Nome do Cartório: |
| Nome da Mãe:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | Parentesco: |
| Nascimento: / / | Sexo:  | CPF: |
| UF Cartório:  | Nº Registro: | Folha: | Livro: |
| Nome do Cartório: |
| Nome da Mãe:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | Parentesco: |
| Nascimento: / / | Sexo:  | CPF: |
| UF Cartório:  | Nº Registro: | Folha: | Livro: |
| Nome do Cartório: |
| Nome da Mãe:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  | Parentesco: |
| Nascimento: / / | Sexo:  | CPF: |
| UF Cartório:  | Nº Registro: | Folha: | Livro: |
| Nome do Cartório: |
| Nome da Mãe:  |

Declaro sob pena de lei, que as informações aqui apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade não cabendo a V.S.ª (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

|  |  |
| --- | --- |
| Nada a declarar | Santarém-PA, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  Assinatura do Declarante |

**FORMULÁRIO – AUXÍLIO-NATALIDADE E AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR**

ome: \_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito através deste, a inclusão dos dados de meu dependente **menor que 05 anos**, conforme previsão legal, a fim de perceber o auxílio natalidade/pré-escolar.

Nome:CPF:Parentesco com o/a servidor/a:Nascimento: / /Sexo: CPF:UF Cartório: Nº Registro:Folha:Nº Livro:Nome do Cartório:Nome da Mãe:

Nome:Parentesco com o/a servidor/a:Nascimento: / /Sexo: CPF:UF Cartório: Nº Registro:Folha:Nome do Cartório:Nome da Mãe:

Nome:Parentesco com o/a servidor/a:Nascimento: / /Sexo: CPF:UF Cartório: Nº Registro:Folha:Nome do Cartório:Nome da Mãe: Declara, na oportunidade, que nenhuma vantagem foi ou será percebida, por si ou pelo cônjuge ou companheiro, sob o mesmo fundamento. Fazem parte deste processo os seguintes documentos:

Cópias: certidão (ões) de nascimento e CPF do (s) dependente(s);

Autorização judicial;

|  |  |
| --- | --- |
|  Nada a declarar | Santarém-PA, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  Assinatura do Declarante |

**DECLARAÇÃO DE BENS**

ome: \_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomeado/a através da Portaria nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ao cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DOS BENS**

 ( ) Não possuo bens em meu nome

 ( ) Isento da Declaração no ultimo ano;

( ) Possuo os bens relacionados abaixo e faço anexar o comprovante da ultima Declaração do IR.

**DESCRIÇÃOVALOR**

 Santarém-PA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

**DECLARAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÃO**

ome: \_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomeado/a através da Portaria nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ao cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**JORNADA DE TRABALHO NA UFOPA**

|  |
| --- |
| **LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CARGO/EMPREGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****REGIME DE TRABALHO: 20 HORAS 30 HORAS 40 HORAS D.E.****DISCRIMINAÇÃO DO HORÁRIO CUMPRIDO:** |
| **2ª FEIRA** | **3ª FEIRA** | **4ª FEIRA** | **5ª FEIRA** | **6ª FEIRA** | **SÁBADO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**DECLARAR CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES EM EXERCÍCIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTIDADE OU EMPREGADOR** | **DENOMINAÇÃO DO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO** | **DISCRIMINAÇÃO DO HORÁRIO** | **DATA DE ADMISSÃO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Está em gozo de APOSENTADORIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por Tempo de Serviço? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESERVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REFORMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por Invalidez? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

compulsória?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mencionar a Entidade que custeia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Encontra-se à disposição de outro órgão \_\_\_\_\_\_Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No órgão acima exerce cargo comissionado ou função de confiança? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sua cessão pela UFOPA ao citado órgão é: com ônus para a UFOPA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cite o nº da Portaria que o colocou à disposição do referido órgão, bem como o prazo de cessão concedido pela UFOPA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Santarém, (PA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *DECLARO QUE É DO MEU CONHECIMENTO DE QUE QUALQUER OMISSÃO CONSTITUIRÁ PRESUNÇÃO DE MÁ FÉ, NA FORMA PREVISTA NO DECRETO Nº 35956, DE 02/08/54, REAFIRMO POIS QUE NÃO EXERÇO NENHUMA OUTRA ATIVIDADE EM QUALQUER ENTIDADE DE DIREITO PÚBLICO OU PRIVADO, ALÉM DAS ACIMA DECLARADAS* |

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO**

ome: \_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomeado/a através da Portaria nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ao cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( ) Acumula o Cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Na presente data, declara, para fins de posse em cargo efetivo

Que: () Não Acumula Cargo, empego ou função Pública

 ( ) Acumula o Emprego de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( ) Acumula a Função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome da Instituição onde acumula o cargo/emprego/função pública:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, licitamente conforme despacho publicado no Boletim de Pessoal nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no qual ocupo o cargo/emprego/função de (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Santarém, PA,\_\_\_\_\_**/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

**AUXÍLIO TRANSPORTE**

ome: \_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_

Nomeado/a através da Portaria nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ao cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **MEIOS DE LOCOMOÇÃO: ÔNIBUS** |
| Linha: |
| Quantidade: | Valor Unitário: R$ |
|  |
| Linha: |
| Quantidade: | Valor Unitário: R$ |
|  |
| Linha: |
| Quantidade: | Valor Unitário: R$ |
|  |
| **PERCURSO:** (deslocamento da residência/trabalho e trabalho/residência)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE Autorizo ao setor competente descontar a parcela que me é atribuída pela legislação que estabelece e normatiza o auxílio-transporte (Decreto nº 2.880 de 15.12.98). Tenho ciência, conforme preceitua o art. 4º, parágrafo 3º do supracitado decreto de que presumir-se-ão como verdadeiras as informações constantes no ato da inscrição do auxílio-transporte, assumindo responsabilidade administrativa sem prejuízo das sanções penais cabíveis. Declaro ainda estar ciente de que será deduzido do valor mensal a importância relativa aos dias em que estiver afastado por motivo de férias, licença e outros tipos previstos em lei. |
| OBSERVAÇÃO IMPORTANTE Não fará jus à vantagem, o servidor cujas despesas de transporte **forem inferiores a 6% do** salário/vencimento básico;A presente vantagem não incorpora a remuneração e sobre ela, não incidirá PSS e Imposto de Renda;O valor mensal da vantagem é igual ao valor das despesas deduzido o percentual de 6% do salário/vencimento básico;*Este auxílio indeniza apenas as despesas de transporte nos deslocamentos de suas residências para os locais de trabalho e vice-versa, excetuadas aquelas realizadas nos deslocamentos em intervalos para repouso ou alimentação, durante a jornada de trabalho, e aquelas efetuadas com transporte seletivos ou especiais.***O servidor que utilizar ônibus intermunicipal deverá apresentar comprovantes de passagem e residência.** |
|   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade/data |  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do servidor |  |

**AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

ome: \_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_

Nomeado/a através da Portaria nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ao cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venho pelo presente optar pelo auxílio-alimentação, nos termos do § 2º do Art. 22 da Lei nº 8.460/92, com a redação dada pela Lei nº 9.527/97 e pela Orientação Normativa SRH/MP Nº 5, de 9.8.2005.

 ( ) pela Universidade Federal do Oeste do Pará

 ( ) pelo(a) Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. .

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cidade/data

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do servidor

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

ome: \_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula SIAPE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Emprego/Função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso tenha Cargo de Direção ou função de confiança, informar a Portaria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( )CD 1 ( ) CD2 ( )CD3 ( )CD4 ( )FCC ( )FG1

 ( )FG2 ( )FG3 ( )FG4 ( )FG5 ( )FG6 ( )FG7

Autorizo, para fins do cumprimento à exigência contida no § 4º do art. 13 de Lei n.º 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 n.º 5.483, de 30 de junho de 2005.

Santarém, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do servidor/a

**Nota:** Todo agente público, no âmbito do Poder Executivo Federal, deverá autorizar o acesso, por meio eletrônico, às cópias de suas Declarações de Ajuste Anual do IRPF, com as respectivas retificações, apresentadas à SRF/MF ou apresentar anualmente, em papel, Declaração de Bens e Valores que compõem o seu patrimônio privado, a fim de ser arquivada no Serviço de Recursos Humanos da Unidade em sua pasta funcional. Consideram-se agentes públicos, os servidores públicos ocupantes de cargo de provimento efetivo ou em comissão, de qualquer nível ou natureza, os empregados públicos, os diretores e empregados de empresas estatais, os agentes que exercem mandato em órgão e conselhos de caráter deliberativo e aqueles contratados por tempo determinado, nos termos da Lei n.º 8.745/93 (vide art. 1º da Portaria Interministerial n.º 298 – CGU/MP/2007).