



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENADORIA DE ADMISSÃO E DIMENSIONAMENTO

Campus de Juazeiro do Norte-CE
CEP: 63.048-080 – Avenida Tenente Raimundo Rocha, 1639 – Bairro Cidade Universitária
atendimento.progep@ufca.edu.br / 88-3221.9303 / 9312

DECLARAÇÃO DE SEGURO-DESEMPREGO

EU, _____
(nome), inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF sob o nº _____,
cargo/emprego público: _____,
DECLARO, conforme previsto no art. 24 da Lei nº 7.998¹, de 11 de janeiro de 1990, que a partir do
efetivo exercício no cargo ou emprego para o qual fui convocado, não sou beneficiário do seguro-
desemprego.

DECLARO, ainda que as informações aqui prestadas são exatas e verdadeiras e de minha inteira
responsabilidade, sob pena de caracterização do crime tipificado no art. 299 do Código Penal².

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Declarante

¹Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990.

Art. 24. Os trabalhadores e empregados prestarão as informações necessárias, bem como atenderão às exigências para a concessão do seguro-desemprego e o pagamento do abono salarial, nos termos e prazos fixados pelo Ministério do Trabalho.

²Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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 fato juridicamente relevante.