



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) 3221.9315/ 3221.9312

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS, FUNÇÕES, PROVENTOS E ATIVIDADES
DE NATUREZA PRIVADA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ Município/UF: _____

Telefone residencial: () _____ Celular() _____

E-mail: _____ Cargo na UFCA: _____

Regime de Trabalho: () 20 H; () 25 H; () 30 H; () 40 H; () 40 H/DE

Unidade de Lotação: _____

Em consonância com o disposto nos artigos 37, incisos XVI e XVII da Constituição Federal de 1988 e artigo 118 da Lei Nº 8.112/90, declaro que:

1. Exerço outro cargo, emprego ou função na Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, suas Autarquias, Fundações mantidas pelo Poder Público, Empresas Públicas, e Sociedades de Economia Mista:

() NÃO; () SIM. Em caso afirmativo informe:

1.1

Órgão: _____

Data de Ingresso: _____ Regime de Trabalho: _____

Cargo, Emprego ou Função: _____

1.2

Órgão: _____

Data de Ingresso: _____ Regime de Trabalho: _____

Cargo, Emprego ou Função: _____

Obs: Anexar declaração do(s) órgão(s) contendo as seguintes informações:

a) especificação do cargo, emprego ou função; b) regime jurídico; c) carga horária semanal e d) horário de trabalho.



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) 3221.9315/ 3221.9312

2. Estou em gozo de licença ou suspensão contratual:

(☐) **NÃO;** (☐) **SIM.** Em caso afirmativo informe:

Órgão: _____ Cargo: _____

Tipo: _____ Período: _____

Obs: Anexar cópia do ato que concedeu a licença ou suspensão contratual.

3. Percebo proventos de aposentadoria, pensão, reserva ou como militar reformado:

(☐) **NÃO;** (☐) **SIM.** Em caso afirmativo informe:

Tipo; (☐) Aposentadoria; (☐) Pensão; (☐) Reserva; (☐) Militar Reformado

Órgão: _____ Data da concessão: _____

Cargo que deu origem ao benefício: _____

Obs: Anexar cópia do ato que concedeu o benefício.

4. Exerço atividade em empresa privada:

(☐) **NÃO;** (☐) **SIM.** Em caso afirmativo informe:

4.1

Empresa: _____

Atividade: _____

Regime de Trabalho: _____ Vigência do Contrato: _____

4.2

Empresa: _____

Atividade: _____

Regime de Trabalho: _____ Vigência do Contrato: _____

Obs: Anexar declaração da(s) empresa(s) contendo as seguintes informações: a)Especificação das Atividades; b) Regime Jurídico; c)Carga Horária Semanal e d)Horário de Trabalho.

5. Exerço atividade como autônomo:

(☐) **NÃO;** (☐) **SIM.** Em caso afirmativo informe:

Atividade: _____

Obs: Anexar declaração de próprio punho especificando as atividades, local e horário de trabalho.



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) 3221.9315/ 3221.9312

6. Participo de empresa comercial ou industrial:

(☐) **NÃO;** (☐) **SIM.** Em caso afirmativo informe:

Empresa: _____ CNPJ: _____

Natureza da Participação: (☐) Acionista, cotista ou comanditário; (☐) Sócio-administrador ou gerente; (☐) Empresário individual

Obs: Apresentar cópia autenticada do Contrato Social ou documento equivalente e seus respectivos aditivos.

7. Percebo remuneração proveniente de bolsa:

(☐) **NÃO;** (☐) **SIM.** Em caso afirmativo informe:

Instituição financiadora: _____

Natureza da bolsa: _____ Vigência: _____

Obs: Apresentar declaração do orientador/instituição financiadora, autorizando a acumulação da bolsa como o cargo ocupado nesta Universidade e informando dias e horários de atividades.

Declaro estar ciente dos termos da Instrução Normativa SGP nº 30/2025 e comprometo-me a comunicar imediatamente à Coordenadoria de Administração de Pessoal da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFCA qualquer alteração em minha situação funcional. Reconheço, ainda, que a prestação de informações falsas configura crime, nos termos do artigo 299 do Código Penal, sujeito à apuração e punição, sem prejuízo das sanções administrativas cabíveis.

Observações: _____

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA