#### PLANO DE ATENDIMENTO PRÉ-ESCOLAR

#### CADASTRO PARA O AUXILIO PRÉ-ESCOLAR

#### DECRETO Nº 977, DE 10/10/93

IN. Nº 12/93-SAF/PR, DE 13.12/93

| NOME DO SERVIDOR: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ENDEREÇO: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Nº | |  |
| COMPLEMENTO: | | | | |  | | | | | | | | BAIRRO: | | |  | | | | | |
| CEP: |  | | | | | | | | | CIDADE / ESTADO | | | |  | | | | | | | |
| CATEG. SERVIDOR: | | | | | | **PROFESSOR SUBSTITUTO** | | | | | | | | | | | | MAT: | | |  |
| LOTAÇÃO: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORGÃO EM EXERCÍCIO: | | | | | | | | **UFDPar** | | | | TELEFONE (S): | | |  | | | | | | |
| SITUACÃO: | | **X** | | SERVIDOR DA UFDPar | | | | |  | | SERVIDOR CEDIDO | | | |  | | | SERVIDOR REQUISITADO | | | |
| CÔNJUGE: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCAL DE TRABALHO: | | | | | | |  | | | | | | | | | | FONE: | | |  | |

Se Servidor Divorciado ou Separado, a criança vive sob a guarda: ( ) Do Pai () Da Mãe

| BENEFICIARIO(S) FAIXA ETÁRIA: DESDE O NASC. ATÉ 06 ANOS DE IDADE | DATA NASCIMENTO | GRAU DE PARENTESCO | CPF |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRA

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

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

ASSINATURA/SERVIDOR

DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA:

* CPF
* Certidão de Nascimento / RG
* Caderneta de vacinação
* Termo de Tutela e Certidão de Nascimento
* E, quando ambos são servidores públicos, a Declaração do Cônjuge ou Companheiro(a) de que não usufrui do mesmo benefício.

**TERMO DE OPÇÃO**

| **Matrícula:** |  | **A partir de:** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** |  | | |
| **Lotação:** |  | | |
| **Cargo:** | **PROFESSOR SUBSTITUTO \_\_\_\_\_** | | |

Desejo receber o Vale–refeição/Alimentação por não receber idêntico benefício em outro órgão público, comprometendo-me a utilizá-lo conforme explicita a legislação, estando ciente de que o uso indevido e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com suspensão do benefício.

Autorizo, a partir desta data, a consignação em folha, da minha participação no custeio do benefício, conforme previsto no requerimento do programa.

| Data: x |  | |  | | De acordo: |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  |  |  |
| Assinatura: x | |  | | | Assinatura: |  |

...........................................................................................................................................

Solicito a suspensão do benefício

| Data: |  | |  | | De acordo: |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  |  |  |
| Assinatura: | |  | | | Assinatura: |  |

............................................................................................................................................

Solicito o restabelecimento do Tiquete vale-refeição / alimentação

| Data: |  | |  | | De acordo: |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  |  |  |
| Assinatura: | |  | | | Assinatura: |  |

..........................................................................................................................................

Ocorrências: Imp. Serviço de Registro

# 

# DECLARAÇÃO DE OPÇÃO BANCÁRIA

| NOME: |
| --- |
|  |
| CARGO:  **PROFESSOR SUBSTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| CPF: |

DECLARO, PARA FINS DE DEPÓSITO BANCÁRIO QUE DESEJO RECEBER MEUS VENCIMENTOS:

| BANCO |
| --- |
|  |
| AGÊNCIA |
|  |
| CONTA CORRENTE |

**Parnaíba,**  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ASSINATURA

**OBS.:** Anexar comprovante de conta-corrente (saldo, extrato, cheque ou contrato)

| NOME |
| --- |

| MATRICULA |  | CARGO |
| --- | --- | --- |

| DECLARA PARA FINS DE | **( ) CONTRATAÇÃO** | **( ) NOMEAÇÃO** |
| --- | --- | --- |

QUE POSSUI OS SEGUINTES BENS E VALORES, ABAIXO ESPECIFICADOS.

| **ITEM** | **DISCRIMINAÇÃO** | **VALOR R$** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Parnaíba, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA | | |

**OBS.: Preencher em caso de Isento de Imposto de Renda.**

**DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA**

**PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA**

| Nome do Declarante: | | | | | |  | | | | | | | | | | Mat. SIAPE: | |  | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo: | | **PROFESSOR SUBSTITUTO \_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | Lotação: | | |  | | | | |
| Endereço: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CEP |  | | | | Bairro: | |  | | | Cidade: | | |  | | | | Estado: | |  |
| Estado Civil: | | | |  | | | | CPF nº |  | | Telefone: | | |  | | | | | |

Em obediência à Legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhe que tenho, como encargo(s) de família, a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s):

| **Nº de Ordem** | **Nome do Dependente** | **Relação de Dependência** | **Data do Nascimento** | **CPF** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V.Sa. (fonte pagadora), qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Parnaíba, **\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(Assinatura do Declarante)

Obs.: Sempre que ocorrer alteração nessa Declaração, a mesma deverá ser renovada.

**Anexar CPF e Certidão de Nascimento / RG de cada dependente**

Considera-se dependentes:

O Cônjuge, o filho menor de 21 anos, ou inválido, a filha solteira, viúva sem arrimo ou abandonada sem recursos pelo marido e o descendente menor ou inválido, sem arrimo de seus pais (RIR, Art. 70, caput).

Para efeito de abatimento, só se computarão os filhos legítimos, naturais reconhecidos e adotivos, que não tiveram rendimentos próprios, ou, se os tiverem, desde que tais rendimentos estejam incluídos na Declaração do Contribuinte (RIR, Art. 70, § 4º).

O menor de 21 anos, pobre que o contribuinte crie e eduque, o qual, para efeito do imposto sobre a renda, fica equiparado aos filhos legítimos, legitimados, naturais reconhecidos e adotivos (RIR, Art. 70, § 1º, “b”).

A pessoa que viva com o contribuinte no mínimo há cinco anos, e com quem esteja legalmente impedido de se casar em virtude de estado civil desquitado de um deles, ou ambos, desde que a tenha incluído entre seus beneficiários (Decreto-Lei 1.493, art. 2º).

As pessoas físicas de que trata o §1º do art. 13 não poderão abater na renda bruta os encargos de família relacionados com dependentes que não estejam no País (RIR, Art. 70, § 9º).

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Professor Substituto**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,lotado no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **- PI**, comprometo-me a comparecer ao Serviço de Registro nas seguintes situações:

1. Assinatura do Termo de Contrato:
   1. Prazo máximo: 30 dias, a partir do efetivo exercício.
2. Assinatura do Termo Aditivo:
   1. Prazo máximo: 30 dias, a partir da publicação da Prorrogação do Contrato.

O não comparecimento implicará na suspensão da remuneração.

Parnaíba - PI, **\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

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

CONTRATADO(A)

**DECLARAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS OU ATIVIDADES DE TRABALHO**

| Nome: | Lotação: | Mat. UFDPar |
| --- | --- | --- |
| e-mail: | Telefone: **( )** | |

| **Cargos, Empregos ou Atividades Públicas ou não** | **Entidade Empregadora ou Trabalho Autônomo** | **Regime Jurídico da Entidade** | **Data de Admissão** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 – **PROFESSOR SUBSTITUTO** | **UFDPar** | **LEI 8.745/93** |  |
| 2 **–** |  |  |  |
| 3 – |  |  |  |
| Este campo deverá ser preenchido obedecendo à precedência do emprego público, sendo o nº 1: **UFPI** | | | |

| **Regime de Trabalho Semanal (nº de Horas)** | | **Horário** | **Dias da semana** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plantão** | **Semanal** |
| 1 - |  |  |  |
| 2 – |  |  |  |
| 3 - |  |  |  |

| No cargo de Magistério está sujeito ao regime de:  ( ) Dedicação Exclusiva  ( ) Carga Horária de 40 horas semanais  ( ) Carga Horária de 20 horas semanais | Exerce Cargo de Direção ou Função Gratificada? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Cargo – Órgão – Horário - Carimbo: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- | --- |

| Aposentadoria: Não ( ) Sim ( ) Cargo: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Estatutária ( ) () Por Tempo de Serviço  Previdenciária ( ) ( ) Por Invalidez |
| --- |

| É Militar? Não( ) Sim () () Reserva ( ) Ativa  Qual Corporação e Posto **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ( ) Remunerada () Por Tempo de Serviço  ( ) Não Remunerada ( ) Por Invalidez | |
| --- | --- |
| Declaro que é de meu conhecimento que qualquer omissão ou informação incorreta constituirá em Má Fé, e ainda que não exerço outro emprego ou atividade remunerada em qualquer entidade de direito público ou privado ou como autônomo estando ciente do que dispões o art. 299 do Código Penal: “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 fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante: PENA – Reclusão, de 1 a 5 anos...” | |
|  |  |
| Local e Data | Assinatura |

| 1 - Quando for declarada atividade autônoma, deverá ser esclarecido se se trata de atividade profissional liberal (consultório ou escritório), com o respectivo horário de atendimento.   * 1. - Declarar, também, se é credenciado para atendimento de segurado da Previdência Social. |
| --- |

| 2 - As chefias imediatas deverão atestar se estão de acordo com o regime de trabalho e carga horária declarados no anverso.  1 – UFDPar   1. – 2. – |
| --- |

| 3 - REGISTRO DE CARGA HORÁRIA DE DOCENTES | **TOTAL** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HORÁRIO | SEGUNDA | TERÇA | QUARTA | QUINTA | SEXTA | SABADO | DOMINGO | **AULAS** |
| 8hàs 10h |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10h às 12h |  |  |  |  |  |  |  | **ATIV** |
| 12h às 14h |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14h às 16h |  |  |  |  |  |  |  | **DISP** |
| 16h às 18h |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18h às 20h |  |  |  |  |  |  |  | **CD/FG** |
| 20h às 22h |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INFORMAÇÕES SOBRE HORÁRIOS ESPECIAIS** |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **TOTAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HORÁRIO: | Compreende período de DUAS horas | | | | | | | |
| SALA DE AULA | **H :** Horas aulas de acordo com a programação em curso/do período a iniciar ou, em último caso, do semestre anterior | | | | | | | |
| ATIVIDADE ACADÊMICA | **A :** quando a atividade já estiver se realizando/programada no período a iniciar ou em último caso o do período anterior (ultimo semestre) | | | | | | | |
| DISPONIBILIDADE | **D :** horário em que o professor poderá ser solicitado para atender às demandas da **UFPI** | | | | | | | |
| CARGO/FUNÇÃO | **C :** Horas decorrentes de cargo ou função na UFPI que podem ser concomitantes com **H** e **A** | | | | | | | |
| 4 - Poderão ser dados neste espaço outros esclarecimentos quando for o caso. |
| **O B S E R V A Ç Ã O** |
|  |
| No caso do servidor exercer outro cargo ou emprego além do que possui na **UFDPar**, poderá ser oficiada, se necessário, a entidade empregadora, solicitando esclarecimento sobre a natureza jurídica do órgão, regime jurídico do cargo, função ou emprego exercido, início de exercício ou atividade, jornada de trabalho, indicando a hora de início, término e dias da semana em que é distribuída, programa de ensino, em se tratando de magistério, data e fundamento da aposentadoria, no caso de aposentado.  Contatos: e-mail: rhcmrv@ufpi.edu.br – Fone: (86) 3315-5527 |