



ORIENTAÇÕES SOBRE A CRIAÇÃO E A TRAMITAÇÃO DE PROCESSOS ENTRE O SEI/UFMS E O SEI/EBSERH





ORIENTAÇÕES SOBRE A CRIAÇÃO E A TRAMITAÇÃO DE PROCESSOS ENTRE O SEI/UFMS E O SEI/EBSERH



INTRODUÇÃO

A tramitação de processos entre a UFMS e a EBSEERH será alterada e este manual tem por objetivo orientar os servidores lotados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (Humap) sobre a nova forma de criação e envio de processos especialmente para a Pró-reitoria de Gestão de Pessoas (Progep). A partir de agora, os processos de um órgão poderão ser tramitados diretamente para o outro, sendo possível a inclusão e assinatura de documentos por ambas as partes

Essa mudança foi possível com a adesão da UFMS e da EBSEERH ao Barramento de Serviços Processo Eletrônico Nacional (PEN), uma plataforma desenvolvida pelo Ministério da Economia que permite o trâmite de processos ou documentos administrativos digitais maneira segura e com confiabilidade de entrega entre diferentes órgãos e entidades.

Assim, a partir de maio de 2021, as unidades do Humap serão desativadas do SEI/UFMS e os servidores passarão a autuar seus processos diretamente pelo SEI/EBSEERH e enviá-los à Progep via Barramento de Serviços. O procedimento é muito simples e a principal mudança é que os processos serão criados na própria unidade de lotação do servidor na EBSEERH.

A criação dos processos continua igual, mas os formulários agora serão incluídos de uma forma diferente. Para facilitar, preparamos esse manual com todos os passos necessários para a criação e envio de processos à Progep, de acordo com cada solicitação disponível.

Agência de Comunicação Social e Científica – AGEKOM/RTR
Secretaria de Documentação Institucional – SEDOC/AGEKOM
(67) 3345-7083 / (67) 3345-7811
sedoc.agecom@ufms.br

Passo-a-passo para formalização dos processos pessoais a serem tratados junto à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (Progep):

- 1- Criar um novo processo do tipo Pessoal: Demanda de Servidor RJU.
- 2- Preencher no campo "Especificação" com o assunto do processo.
- 3- Preencher o campo "Interessado" com o nome completo do(a) servidor(a).
- 4- Marcar o nível de acesso como Público ou Restrito, conforme o caso.
- 5- Clicar em "Salvar".
- 6- Com o processo criado, incluir o(s) documento(s) necessário(s), conforme tabela e instruções abaixo.

Passo-a-passo para utilização dos modelos de documentos da UFMS no SEI-EBSERH:

- 1- Localizar na tabela abaixo, qual o documento/formulário necessário para sua solicitação.
- 2- Incluir um novo documento no processo, conforme indicado na coluna "Tipo de Documento" (Solicitação, Plano, Declaração ou Relatório).
- 3- No campo Texto Inicial, selecionar a opção "Documento Modelo" e inserir a numeração indicada na coluna "Código do Modelo" da tabela.
- 4- Marcar o nível de acesso como Público ou Restrito, conforme o caso.
- 5- Clicar em "Confirmar dados".
- 6- Preencher o documento com todas as informações necessárias e assinar.
- 7- Com o processo formalizado e todos os documentos necessários incluídos, encaminhar ao Protocolo da EBSEH para que seja enviado para a unidade correta da PROGEP/UFMS, conforme indicado na coluna "Enviar para".

Observações sobre o envio externo de processos:

- Não é permitido o envio externo de processo sigiloso;
- O processo não pode conter documentos sem assinatura;
- O processo deve estar aberto somente na unidade que realizará o envio;
- O campo Especificação do cadastro do processo deve estar preenchido;
- O campo Interessado(s) do cadastro do processo deve estar preenchido;
- O processo ficará bloqueado para novas edições enquanto estiver tramitado para a UFMS.

	FORMULÁRIO / SOLICITAÇÃO	TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO DO MODELO	UNIDADE RESPONSÁVEL	ENVIAR PARA
1	Formulário de solicitação de atividades esporádicas ou eventuais	Solicitação	12582689	DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
2	Requerimento de afastamento para pós-graduação	Solicitação	12584430	SECAP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
3	Requerimento de prorrogação de afastamento para pós-graduação	Solicitação	12603105	SECAP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
4	Plano de estudos do servidor	Plano	12606185	SECAP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
5	Plano de redistribuição de atividades didáticas	Plano	12624877	SECAP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
6	Requerimento de horário especial para servidor estudante	Solicitação	12625213	SECAP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
7	Formulário de solicitação de afastamento	Solicitação	12625822	SECAP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
8	Requerimento de incentivo à qualificação	Solicitação	12631868	SEDEP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
9	Requerimento de progressão por capacitação	Solicitação	12632026	SEDEP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
10	Requerimento de retribuição por titulação	Solicitação	12632468	SEDEP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
11	Requerimento de promoção à denominação de professor titular	Solicitação	12632670	SEDEP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
12	Formulário de avaliação de desempenho (Anexo II)	Relatório	12632793	SEDEP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
13	Formulário para recurso processo de avaliação de desempenho funcional	Solicitação	12633442	SEDEP/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
14	Requerimento de remoção a pedido	Solicitação	12637220	SESEM/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
15	Requerimento de adesão como prestador de serviço voluntário	Solicitação	12637527	SESEM/DIDEP/PROGEP	DIDEP/PROGEP
16	Ciência - ficha de descrição de atividades	Parecer	12638805	SEQV/DIAS/PROGEP	DIAS/PROGEP
17	Ficha de descrição de atividades	Solicitação	12638902	SEQV/DIAS/PROGEP	DIAS/PROGEP
18	Afastamento para curso de formação no serviço público federal	Solicitação	12657963	SERP/DIPAG/PROGEP	DIPAG/PROGEP

19	Requerimento para afastamento para exercício de mandato eletivo	Solicitação	12658198	SERP/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
20	Requerimento para alteração de jornada de trabalho	Solicitação	12658351	SERP/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
21	Termo de opção auxílio-alimentação	Declaração	12658623	SEPAG/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
22	Declaração de sindicância	Declaração	12688868	SERP/DIPAG/ PROGEP SEAP/ DIPAG/PROGEP	DIPAG/PROGEP
23	Solicitação de interrupção de férias	Solicitação	12690755	SEPAG/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
24	Declaração de notificação de férias	Declaração	12691361	SEPAG/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
25	Requerimento para licença para atividade política	Solicitação	12691907	SERP/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
26	Requerimento para licença para trato de interesses particulares	Solicitação	12693594	SERP/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
27	Requerimento para retorno antecipado da licença para trato de interesses particulares	Solicitação	12693750	SERP/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
28	Requerimento - licença prêmio por assiduidade (técnico)	Solicitação	12694277	SERP/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
29	Relatório de afastamento	Relatório	12707963	SERP/DIPAG/ PROGEP	DIPAG/PROGEP
30	Termo descritivo de jornada/horário de trabalho	Declaração	12799451	DIPAG/PROGEP	DIPAG/PROGEP
31	Atestado de compatibilidade de acumulação de cargos	Atestado	12799891	DIPAG/PROGEP	DIPAG/PROGEP

MODELO 1**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADES ESPORÁDICAS OU EVENTUAIS**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	
Telefone (ramal e celular):	
E-mail institucional:	
Unidade:	
DADOS SOBRE A ATIVIDADE ESPORÁDICA	
Tipo de Atividade	Limites
<input type="checkbox"/> participação esporádica em palestras, conferências, atividades artísticas e culturais relacionadas à área de atuação do professor	Máximo de 30 horas anuais
<input type="checkbox"/> trabalho prestado, em caráter eventual, no âmbito de projetos institucionais de ensino, pesquisa e extensão, exclusivamente nos quais tenha Fundação de Apoio envolvida	Máximo de 8 horas semanais ou 416 anuais (computadas isoladamente ou em conjunto)
<input type="checkbox"/> colaboração esporádica de natureza científica ou tecnológica em assuntos de especialidade do professor, inclusive polos de inovação tecnológica	
<input type="checkbox"/> participação ministrando aulas em cursos de pós-graduação lato-sensu e aperfeiçoamento devidamente aprovados pela UFMS	
Instituição Contratante:	
Número do processo SEI do convênio, contrato, acordo ou instrumento legal, quando se tratar de Fundação de Apoio:	
Local de realização:	
Data de Início:	Data de Término:
Descrição da Atividade a ser realizada:	

Especificação do benefício que a colaboração trará para a UFMS, de ordem institucional, pedagógica, material e/ou produção intelectual:	
Carga Horária Semanal:	Carga Horária Total da Atividade:
Valor a ser recebido:	
<p>DECLARAÇÕES:</p> <p>Declaro que a atividade em questão não trará prejuízo aos meus encargos docentes ou aos compromissos assumidos com a UFMS, conforme declaração ratificada pela Direção da minha Unidade de lotação.</p> <p>Declaro que estou em dia com a entrega de relatórios dos projetos cadastrados em meu nome nas Pró-Reitorias competentes, e com a entrega de relatórios e compromissos assumidos em projetos com agências de fomento ou outras instituições que estejam apoiando as atividades de pesquisa, ensino ou extensão.</p> <p>Declaro estar ciente de que não poderei realizar a atividade esporádica proposta, se a retribuição pecuniária a ser recebida exceder os limites remuneratórios ministerial; ou se a carga horária destinada para o desenvolvimento da atividade exceder carga horária máxima estabelecida na Lei nº 12.772/2012.</p> <p>Declaro que providenciarei, em até 30 dias após o encerramento da atividade a ser realizada, um relatório final da atividade esporádica sob pena de ter novos pedidos negados.</p>	
<p>MANIFESTAÇÃO DA DIREÇÃO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO DO PROFESSOR:</p> <p>Manifestamo-nos favoravelmente à realização da atividade esporádica/eventual proposta pelo docente. E ratificamos a informação do professor de qual o desenvolvimento da atividade proposta não comprometerá e/ou prejudicará as atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão administrativa na Unidade.</p>	

Anexar:

Convite da Instituição para desempenhar a atividade esporádica ou eventual Resolução do Conselho da Unidade aprovando a realização da atividade.

MODELO 2

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO PARA PÓS-GRADUAÇÃO
Afastamento para Pós-graduação Stricto Sensu (Art. 96-A da Lei 8.112/90)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
Nome completo:		
CPF:	Estado civil:	
Endereço residencial:		Nº
Complemento:	Bairro	Cidade/UF:
CEP:	País:	Telefone:
E-mail institucional:		
DADOS FUNCIONAIS		
SIAPE:	Lotação:	
Data de admissão:	Carreira: () Docente () Técnico Administrativo	
Possui cargo de direção ou função gratificada? () Sim () Não		
Em caso afirmativo, é de sua responsabilidade providenciar a dispensa do Cargo de Direção – CD ou Função Gratificada – FG que ocupa, até a data do início do afastamento.		
ENDEREÇO RESIDENCIAL NO LOCAL/CIDADE DE REALIZAÇÃO DO CURSO		
Endereço:		Nº
Complemento:	Bairro	Cidade:
CEP:	Estado/província:	País:
Telefone:	E-mail:	
QUALIFICAÇÕES ACADÊMICAS		
Graduação	Título:	
Instituição:		
Período:		
Pós Graduação	Título:	
Área de concentração:		
Instituição:		
Período:		
INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO PRETENDIDO		
Instituição:		
Curso:		
Área de Concentração:		
Nível: () Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado	DINTER: () Sim () Não	

Código CAPES do curso:		
Créditos necessários para integralizar o curso:		
Nome do Orientador:		
Endereço da Instituição:		Nº
Bairro:	Cidade / UF/Província:	
CEP:	País:	Telefone:
INFORMAÇÕES SOBRE O AFASTAMENTO		
Período: ___/___/___ a ___/___/___		
Prioridade com que foi indicado pela Unidade no Plano Anual de Qualificação:		
<p>MANIFESTAÇÃO DO INTERESSADO:</p> <p>(O texto será livre e deverá conter a relevância para a sua atuação na UFMS e perspectivas de contribuições futuras para a instituição após a conclusão do curso)</p>		
<p>MANIFESTAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA:</p> <p>(Especificar se a ação de desenvolvimento está alinhada ao desenvolvimento do servidor nas competências relativas ao seu órgão de exercício ou lotação, à sua carreira ou cargo efetivo e manifestar-se quanto à oportunidade do afastamento; à real contribuição da qualificação requerida para a atualização profissional e o desenvolvimento do servidor; ao fato de a qualificação coadunar-se com o interesse da administração, bem como se houve planejamento da Unidade, para que não reste prejuízo para a mesma durante a ausência do servidor)</p>		
Observação: A manifestação requerida acima é obrigatória e, caso necessário, pode ser redigida a parte e anexada ao processo.		

MANIFESTAÇÃO DO DIRIGENTE DA UNIDADE:

(Especificar se a ação de desenvolvimento está alinhada ao desenvolvimento do servidor nas competências relativas ao seu órgão de exercício ou lotação, à sua carreira ou cargo efetivo e manifestar-se quanto à oportunidade do afastamento; à real contribuição da qualificação requerida para a atualização profissional e o desenvolvimento do servidor; ao fato de a qualificação coadunar-se com o interesse da administração, bem como se houve planejamento da Unidade, para que não reste prejuízo para a mesma durante a ausência do servidor)

Observação: A manifestação requerida acima é obrigatória e, caso necessário, pode ser redigida a parte e anexada ao processo.

DECLARAÇÕES:

Estou ciente que ao requerer o afastamento por período superior a trinta dias, serei exonerado/ dispensado de cargo em comissão ou função de confiança eventualmente ocupado, a contar da data de início do afastamento, conforme disposto no Art. 18, § 1º, inciso I, do Decreto nº 9991 de 28 de agosto de 2019.

Autorizo em caráter irrevogável e irretratável, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, a descontar dos meus vencimentos, em conformidade com o previsto nos artigos 46 e 47, da Lei nº 8.112/1990, para amortização das minhas obrigações decorrentes dos valores despendidos com a realização do afastamento, até a quitação total do débito, caso não se cumpram os termos previstos no contrato de afastamento.

Atesto que o curso de pós-graduação pretendido está alinhado com minhas competências dentro da instituição, em conformidade com o Decreto 9.991/2019, e com a devida anuência de minha chefia imediata e do Dirigente de minha Unidade.

Assinatura do servidor
Assinatura da Chefia Imediata
Assinatura da Chefia Superior da Unidade

MODELO 3**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO PARA PÓS-GRADUAÇÃO**
Afastamento para Pós-graduação Stricto Sensu (Art. 96-A da Lei nº 8.112/90)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE			
Nome completo:			
CPF:		Estado civil:	
Endereço residencial:		Nº	
Complemento:	Bairro	Cidade/UF:	
CEP:	Telefone:		
E-mail institucional:			
DADOS FUNCIONAIS			
SIAPE:	Lotação:		
Data de admissão:	Carreira: () Docente () Técnico Administrativo		
ENDEREÇO RESIDENCIAL NO LOCAL / CIDADE DE REALIZAÇÃO DO CURSO			
Endereço:		Nº	
Complemento:	Bairro	Cidade:	
CEP:	Estado/província:	País:	
Telefone:	E-mail:		
QUALIFICAÇÕES ACADÊMICAS			
Graduação	Título:		
Instituição:			
Período:			
Pós Graduação	Título:		
Área de concentração:			
Instituição:			
Período:			
INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO			
Instituição:			
Curso:			
Área de Concentração:			
Nível: () Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado		DINTER: () Sim () Não	
Código CAPES do curso:			
Créditos necessários para integralizar o curso:			
Nome do Orientador:			
Endereço da Instituição:		Nº	
Bairro:	Cidade / UF:		
CEP:	País:	Telefone:	

INFORMAÇÕES SOBRE A PRORROGAÇÃO
<p>Período do Contrato: ___/___/___ a ___/___/___</p> <p>Período da prorrogação: ___/___/___ a ___/___/___</p>
<p>MANIFESTAÇÃO DO INTERESSADO:</p> <p>(Especificar a necessidade da prorrogação do afastamento)</p>
<p>MANIFESTAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA:</p> <p>(Em relação à oportunidade da prorrogação do afastamento)</p>
<p>Observação: A manifestação requerida acima é obrigatória e, caso necessário, pode ser redigida a parte e anexada ao processo</p>
<p>MANIFESTAÇÃO DO DIRIGENTE DA UNIDADE:</p> <p>(Em relação à oportunidade da prorrogação do afastamento)</p>
<p>Observação: A manifestação requerida acima é obrigatória e, caso necessário, pode ser redigida a parte e anexada ao processo.</p>
<p>DECLARAÇÕES:</p> <p>Autorizo em caráter irrevogável e irretroatável, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, a descontar dos meus vencimentos, em conformidade com o previsto nos artigos 46 e 47, da Lei nº 8.112/1990, para amortização das minhas obrigações decorrentes dos valores despendidos com a realização do afastamento, até a quitação total do débito, caso não se cumpram os termos previstos no contrato de afastamento.</p> <p>Estou ciente que deverá ser anexado ao processo, documento escrito e assinado, contendo a justificativa do professor orientador para solicitação de prorrogação do afastamento.</p> <p>Atesto que o curso de pós-graduação em andamento está alinhado com minhas competências dentro da instituição, em conformidade com o Decreto 9.991/2019, e com a devida anuência de minha chefia imediata e do</p> <p>Dirigente de minha Unidade.</p>

Assinatura do servidor
Assinatura da Chefia imediata
Assinatura da Chefia Superior da Unidade

MODELO 4

PLANO DE ESTUDOS DO SERVIDOR

Afastamento para Pós-graduação Stricto Sensu (Art. 96-A da lei 8.112/90)

1. Nome do servidor:
2. Curso:
3. Instituição:
4. Área de Concentração:
5. Nível: () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado
6. Plano de Estudos:

Disciplinas	Créditos	CH	Período	Classificação
-------------	----------	----	---------	---------------

OBS: Na classificação, utilizar as siglas NIV = Nivelamento; OPT = optativa; OBR= obrigatória

6.1 Estágios, Seminários ou outras atividades acadêmicas:

6.2 Desenvolvimento da Tese/Dissertação/Monografia:

I - Elaboração do Projeto: __/__/__ a __/__/__

II - Desenvolvimento do Projeto: __/__/__ a __/__/__

III - Redação: __/__/__ a __/__/__

IV - Data da Defesa (DIA, MÊS e ANO): __/__/__ a __/__/__

6.3 Anexar outras informações sobre o plano de estudo:

7. Nome do orientador:

8. Endereço do orientador para correspondência:

Rua:

Nº

Bairro:

Cidade:

Estado:

Complemento:

OBS: Anexar documento que designou o orientador para o servidor.

Campo Grande-MS, __ de _____ de ____

Nome do Servidor

MODELO 5

ANEXO II - PLANO DE REDISTRIBUIÇÃO DE ATIVIDADES DIDÁTICAS

(Resolução nº 11, CD, de 20 de fevereiro de 2020)

Nome do docente requerente:

Matrícula Siape nº:

Lotação:

Meu Afastamento está no período do Calendário Acadêmico em que tenho atribuição didática de disciplinas de graduação e de pós-graduação, sendo necessárias as seguintes mudanças dos encargos didáticos.

transferir meus encargos didáticos para outro docente, conforme Quadro abaixo, ou

manter meus encargos didáticos, conforme Quadro abaixo, da seguinte maneira, ou

serei substituído por outro docente, ou realizarei anteposição, ou

farei a reposição de minhas aulas.

**CÓDIGO DA
DISCIPLINA –
SISCAD/SI-
GPOS**

**NOME DA DIS-
CIPLINA**

**TURMA DA
DISCIPLINA**

CURSO

**Nome do Docen-
te que substituirá; Ou
Período de Antepo-
sição ou Reposição já
acordado com os estu-
dantes**

Tenho ciência do Plano de Redistribuição Didática e informei aos dirigentes e coordenadores responsáveis pelos cursos com as disciplinas vinculadas.

Campo Grande-MS, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Docente Requerente
Assinatura da Direção da Unidade

MODELO 6**REQUERIMENTO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR ESTUDANTE****I. INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Nome:	
E-mail:	Ramal UFMS:
Cargo	Matrícula SIAPE:
Lotação/Campus:	Carga horária semanal:

II. INFORMAÇÕES DO CURSO

Curso matriculado:
Instituição de ensino:
() Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
Início do período letivo: ___/___/___
Término do período letivo: ___/___/___

III. PROPOSTA DE REPOSIÇÃO DE HORÁRIO

Período	Segunda-feira		Terça-feira		Quarta-feira		Quinta-feira		Sexta-feira		Sábado	
	Horário de aula	Horário de trabalho	Horário de aula	Horário de trabalho	Horário de aula	Horário de trabalho	Horário de aula	Horário de trabalho	Horário de aula	Horário de trabalho	Horário de aula	Horário de trabalho
Manhã												
Tarde												
Noite												
Total de horas de trabalho dia												
Total de horas semanal												

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- A jornada de trabalho diária não pode exceder 10 horas;
- O horário de trabalho não pode ser estabelecido entre as 22:00 e as 6:00 horas do dia subsequente;
- Nas jornadas de mais de 6 horas deverá haver um intervalo mínimo de 1 (uma) hora;

d. Havendo necessidade de complementar carga horária aos sábados, necessário se faz que a jornada não ultrapasse as 18:00 horas;

e. O horário de saída do trabalho não deve coincidir com o horário de início de aula, e vice-versa, sendo necessário um intervalo mínimo de 5 minutos.

f. Nos dias em que não houver aula, conforme o quadro proposta, o servidor deverá seguir o horário de expediente normal da Unidade.

() Comprometo-me, se aprovado, a compensar dentro da mesma semana a carga horária exigida para o cargo, de acordo com proposta de reposição de horário.

() Estou ciente que a concessão de horário especial, mediante compensação de horário, NÃO implicará em acréscimo pecuniário, pagamento de hora extraordinária e adicional noturno sobre o horário compensado.

() Estou ciente que ao requerer Horário Especial serei exonerado/dispensado de função gratificada ou cargo de direção ocupado, conforme disposto no Art. 48 da Resolução CD nº 232, de 07 de novembro de 2019.

Assinatura do servidor

Assinatura da Chefia imediata

Assinatura da Chefia Superior da Unidade

MODELO 7

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

(Resolução nº 11, CD, de 20 de fevereiro de 2020)

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

() NO PAÍS () DO PAÍS

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do requerente:

Matrícula Siape nº:

CPF:

Lotação:

Professor efetivo () Técnico-Administrativo () Professor Substituto ()

Professor/Pesquisador Visitante () Outros (descrever):

Outros Cargos/Funções acumuladas na UFMS:

E-mail:

OBS: Indicar as matrículas e lotações quando houver mais de um vínculo.

2. FINALIDADE DO AFASTAMENTO

() Cursos de Aperfeiçoamento

() Congressos

() Conferência

() Seminário

() Simpósio

() Encontro e Eventos Similares

() Missão Científica

() Reunião

() Visita Técnica

() Pós-Graduação ou Pós-doutoral

() Outras finalidades (indicar):

3. TIPO DE AFASTAMENTO

() COM ÔNUS - direito a vencimento ou salário e vantagens do cargo/função; passagens; diárias.

() ÔNUS LIMITADO - direito a vencimento ou salário e vantagens do cargo/função.

() SEM ÔNUS - perda total de vencimento ou salário e vantagens do cargo/função.

4. NOME DO EVENTO E PERÍODO DO AFASTAMENTO SOLICITADO

Nome do evento:

Entidade promotora do evento:

Cidade/País:

Data de início do evento:

Data de término do evento:

Data de início do afastamento:

Data de término do afastamento:

Condição da participação:

Título do trabalho a ser apresentado:

5. JUSTIFICATIVA

Detalhar o interesse do afastamento para a UFMS e a relação da atividade a ser desempenhada no afastamento com a que o servidor exerce na instituição.

Observação: Anexar todos os documentos comprobatórios de acordo com a resolução.

6. PREENCHIMENTO PARA OS DOCENTES

() Meu Afastamento está no período do Calendário Acadêmico em que não tenho atribuição didática de disciplinas de graduação e de pós- graduação, e não prejudicará o ensino na UFMS.

() Meu Afastamento está no período do Calendário Acadêmico em que tenho atribuição didática de disciplinas de graduação e de pós- graduação, sendo necessária a laboração do Plano de Redistribuição de Atividades Didáticas (Anexo I).

7. PROGRAMAÇÃO DE FÉRIAS DO REQUERENTE (SIGEF)

() Não possuo férias concomitante com o período de afastamento

() Sim, possuo férias no período de __/__/__ a __/__/__

_____, ____ de ____ de ____

Assinatura do requerente

MODELO 8

REQUERIMENTO DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO

Nome:

Matrícula SIAPE:

Cargo:

Lotação:

E-mail:

Ramal:

Eu, NOME DO SERVIDOR, matrícula SIAPE nº XXXXXX, REQUEIRO o Incentivo à Qualificação de:

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Médio com curso Técnico
- Superior
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

, conforme diploma anexo.

Campo Grande, MS, ___ de _____ de ____.

Assinatura do Servidor

MODELO 9

REQUERIMENTO DE PROGRESSÃO POR CAPACITAÇÃO

Nome:

Matrícula SIAPE:

Cargo:

Lotação:

E-mail:

Ramal:

Eu, NOME DO SERVIDOR, matrícula SIAPE nº XXX, REQUEIRO a Progressão por Capacitação, conforme certificado(s) anexo.

Campo Grande, MS, ___ de _____ de ____

Assinatura do Servidor

MODELO 10

REQUERIMENTO DE RETRIBUIÇÃO POR TITULAÇÃO

Nome:

Matrícula SIAPE:

Cargo:

Lotação:

E-mail:

Ramal:

Eu, NOME DO SERVIDOR, matrícula SIAPE nº XXXXXX, REQUEIRO a Retribuição por Titulação (RT):

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

, conforme diploma anexo.

Campo Grande, MS, ___ de _____ de ____.

Assinatura do Servidor

MODELO 11

REQUERIMENTO DE PROMOÇÃO À DENOMINAÇÃO DE PROFESSOR TITULAR

Nome:

Matrícula SIAPE:

Cargo:

Lotação:

E-mail:

Ramal:

Eu, NOME DO SERVIDOR, matrícula SIAPE nº XXXX, REQUEIRO promoção à denominação de Professor Titular conforme documentos anexos.

Campo Grande, MS, ___ de _____ de ____.

Assinatura do Servidor

MODELO 12**ANEXO II - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

(Resolução nº 235 CD, de 14 de novembro de 2019.)

Nome: _____ Cargo: _____
 Matrícula SIAPE: _____ Lotação: _____
 Período de Avaliação: _____ Etapa: _____
 Período do Estágio Probatório: _____

Este formulário é confidencial. Cada comportamento deve ser analisado levando-se em consideração o desempenho do Servidor, exclusivamente, no período informado. A avaliação deve basear-se em fatos reais da vida funcional do Servidor e não em impressões pessoais.

PONTUAÇÃO

8,1 a 10,0	Possui o fator em grau elevado. É bastante característico do avaliado.
6,1 a 8,0	Possui o fator em grau mediano. Frequentemente é uma de suas características.
4,1 a 6,0	Possui o fator em grau razoável. Eventualmente é uma de suas características.
2,1 a 4,0	Possui o fator em grau pequeno. Não é uma de suas características.
0,0 a 2,0	Não possui o fator. Definitivamente não é uma de suas características.

1. ASSIDUIDADE (frequência, pontualidade e constância)	PONTUAÇÃO
1.1 Comparece regularmente ao trabalho (cumpre carga horária semanal), aulas, quando docente, e demais atividades	
1.2 É pontual (chega nos horários nas atividades estabelecidas e aulas, quando docente)	
1.3 Permanece no setor durante o expediente – Preenche corretamente, no prazo, o registro eletrônico de frequência e/ou plano de atividade	
1.4 Comunica dos imprevistos que o impedem de comparecer ao trabalho e/ou dá conhecimento das chegadas em atraso e saídas antecipadas, com reposição	
1.5 Comparece às atividades administrativas (reuniões, comissões, eventos, cursos, entre outros) convocadas pela Instituição	
MÉDIA DO FATOR 1 - Subfatores (1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4 + 1.5) / 5 =	

2. DISCIPLINA (Obediência, comportamento e ética)	PONTUAÇÃO
2.1 Cumpre às normas institucionais, apresenta plano de ensino, quando docente, e respeita a hierarquia organizacional	
2.2 Mantém conduta compatível com a ética pública (moralidade, sigilo, discricção, preserva imagem institucional, entre outros)	
2.3 Procura cooperar com a equipe e manter um bom relacionamento ambiente de trabalho, resolver e evitar conflitos	
2.4 Trata com urbanidade os colegas, professores e técnicos, os estudantes e demais cidadãos que buscam os serviços da UFMS	
2.5 Sabe trabalhar as críticas/feedback melhorando seu comportamento para aprimorar a execução das atividades	
MÉDIA DO FATOR 2 - Subfatores (2.1 + 2.2 + 2.3 + 2.4 + 2.5) / 5 =	

3. CAPACIDADE DE INICIATIVA (independência, autonomia e interesse)	PONTUAÇÃO
3.1 Busca orientação e tem iniciativa e pró-atividade para solução de problemas, dúvidas ou tomada de decisão	
3.2 Tem interesse em saber o funcionamento/estrutura da universidade e das funções	
3.3 Participa dos cursos, capacitações e eventos na área relacionada ao seu cargo e função	
3.4 Antecipa-se, usando criatividade e/ou apresentando ideias, para consecução das atividades que lhe compete	
3.5 Se coloca à disposição para ajudar a equipe (Chefia e/ou colegas) contribuindo para o desenvolvimento da UFMS no dia a dia da Unidade ou em comissões, comitês e assemelhados	
MÉDIA DO FATOR 3 - Subfatores (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4 + 3.5) / 5 =	

4. PRODUTIVIDADE (eficiência, eficácia e efetividade)	PONTUAÇÃO
4.1 Racionaliza o tempo na execução de suas atividades/Cumprir os prazos acadêmicos e/ou administrativos	
4.2 Mantém a regularidade e a organização nas atividades observando as prioridades SIADOC E SIATEC	
4.3 Executa as atividades com precisão, evitando erro	
4.4 Visa o alcance dos objetivos primando pela qualidade	
4.5 Utiliza os recursos materiais, científicos e tecnológicos de maneira eficiente/metodologia compatível com o plano de ensino e o PPI da UFMS	
4.6 Estimula/apoia atividades de ensino, pesquisa, extensão, empreendedorismo e inovação	
MÉDIA DO FATOR 4 - Subfatores (4.1 + 4.2 + 4.3 + 4.4 + 4.5+4.6) / 6 =	

5. RESPONSABILIDADE (conduta profissional)	PONTUAÇÃO
5.1 Age com comprometimento e disposição para realizar suas obrigações de trabalho	
5.2 Zela pelo patrimônio, evitando desperdício de material e gastos desnecessários	
5.3 Resguarda fatos de interesse da UFMS, agindo com discrição	
5.4 Cumpre com os prazos demonstrando confiança na realização das atividades	
5.5 Assume as responsabilidades pelas atividades elaboradas	
MÉDIA DO FATOR 5 - Subfatores (5.1 + 5.2 + 5.3 + 5.4 + 5.5) / 5 =	
MÉDIA GERAL DOS FATORES (1 + 2 + 3 + 4 + 5) / 5 =	

Descreva as potencialidades do Servidor:

Descreva as oportunidades de melhoria do Servidor:

Assinale com "X" a (s) causa (s) que mais interfere (m) no desempenho do (a) avaliado (a) e especifique:

- dificuldade com relacionamento com os colegas ou Chefia
- falta de interesse por outras atividades de mesmo nível operacional ao cargo
- problemas de saúde
- condição ambiental desfavorável ou equipamentos e materiais inadequados
- falta de treinamento e aperfeiçoamento
- outros – Cite: _____

Alguma (s) dessas necessidades é (são) imediata (s)? Se sim, assinale e especifique:

- Ser capacitado
- Ser removido
- Ser encaminhado para o serviço assistencial da UFMS
- Outros – Cite: _____

A Comissão deseja apresentar sugestões ou acrescentar informações? Cite:

Assinatura dos membros da CAD

Registro de reunião de feedback

Você considera justa a avaliação?

Sim

Não (Neste caso, poderá protocolar recurso no Comitê de Gestão de Pessoas/ Progep no prazo de quinze dias).

Assinatura do Servidor

MODELO 13

FORMULÁRIO PARA RECURSO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO FUNCIONAL

À

(nome do destinatário)

Ref: Recurso contra pontuação processo de Avaliação de Desempenho Funcional

Servidor:

Cargo:

Matrícula SIAPE:

OBS: PREENCHER UM FORMULÁRIO PARA CADA FATOR DO QUAL DISCORDA DA AVALIAÇÃO

Fator de Pontuação do qual discorda: _____

1) Justificativa de recurso:

Data: __/__/__

2) Parecer do Chefe Imediato:

Data: __/__/__

3) Análise final da PROGEP:

Data: __/__/__

MODELO 14

REQUERIMENTO DE REMOÇÃO A PEDIDO

(Art. 36 da Lei nº 8.112/90)

Nome:

Matrícula SIAPE:

Cargo:

Lotação:

() Remoção a pedido, a critério da Administração, observando o interesse público e a conveniência do serviço:

[] sem permuta

[] permuta (informar nome do servidor): _____

Cada servidor(a) envolvido deverá preencher um requerimento, informando o nome do servidor(a) com quem realizará a permuta.

() Remoção a pedido, independentemente do interesse da Administração: Para outro Câmpus da UFMS com a finalidade de acompanhar cônjuge.

Anexar:

Certidão de casamento/união estável;

Certidão de nascimento de filhos, se houver;

Documento comprobatório de que o cônjuge ou companheiro (a) reside com o servidor sob o mesmo teto, e na localidade onde ele estiver lotado;

Documento oficial e cópia do ato oficial do deslocamento do cônjuge ou companheiro(a) no interesse da administração.

Observação: Quando o deslocamento do cônjuge do servidor ocorrer no interesse da administração para localidade em que não haja Câmpus da UFMS o servidor poderá requerer licença para acompanhar cônjuge ou companheiro, nos termos do disposto no art. 84, da Lei nº 8.112/90.

Lotação de origem:

Lotação de destino:

Motivo da remoção:

O servidor encontra-se em estágio probatório:

SIM NÃO

Trata-se de nova remoção, antes de decorridos 12 meses de efetivo exercício na atual unidade de lotação:

SIM NÃO

Encontra-se o servidor afastado para cursar pós-graduação ou, após o seu retorno, encontrar-se em período de cumprimento do prazo no mínimo igual ao do afastamento:

SIM NÃO

Declaro estar CIENTE de que a remoção, caso seja efetivada, ensejará o cancelamento dos adicionais de insalubridade e periculosidade, devendo o servidor removido, para reaver o adicional, instaurar um novo processo junto à Secretaria de Qualidade de Vida no Trabalho, na Progep.

Campo Grande, MS, ____ de _____ de ____.

MODELO 15**REQUERIMENTO DE ADESÃO COMO PRESTADOR DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO**

(Atividades da área Técnico-Administrativa)

Senhor (a) Pró-Reitor(a) de Gestão de Pessoas/Reitoria/UFMS:

Venho requerer, a Vossa Senhoria, autorização para prestar serviço voluntário à Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, de acordo com a Lei nº 9.609, de 18 de fevereiro de 1998, e Resolução do Conselho Diretor nº 67, de 05 de dezembro de 2011, para o qual apresento a seguinte documentação obrigatória:

- () I - Documento de identidade e CPF;
- () II - Comprovante de endereço;
- () III - Curriculum vitae documentado;
- () IV - Diploma de curso de Graduação, Técnico ou Nível Médio, quando for o caso;
- () V - Atestado de serviço prestado na área cívica, cultural ou recreativa, quando for o caso;
- () VI - Certificado de conclusão de curso de Capacitação, quando for o caso; e
- () VII - Comprovante de regularidade no Conselho Regional da profissão, quando for o caso.

Nome:		Nacionalidade:	
Estado Civil:	Profissão:	RG:	CPF:
E-mail:		Telefone:	
Endereço residencial:			
Descrição das atividades que pretende exercer:			
Prazo de duração do serviço:			

Declaro a veracidade das informações retro fornecidas, bem como, estar inteiramente ciente dos termos descritos nas normas supra mencionadas e demais prescrições legais aplicáveis à espécie, afirmando, ainda, estar ciente da inexistência de qualquer vínculo empregatício.

Termos em que
Pede deferimento.

Campo Grande-MS, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

MODELO 16**CIÊNCIA - FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES**

Ficha de descrição de atividades nº SEI :		
Servidor:		
Chefe Imediato:		
CPF:		
Direção:		
PARECER	Sim	Não
Estou ciente do pedido para análise de possível condição de insalubridade/periculosidade do servidor		
Concordo com a efetiva exposição aos agentes insalubres informados		
Concordo com o horário/escala de trabalho informado pelo servidor e efetiva permanência do mesmo à frequência de exposição aos agentes insalubres informada		
Assumo responsabilidade por informar a Pró-reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP qualquer condição que possa alterar os riscos a que o servidor está exposto, de acordo com o artigo 16 da Orientação Normativa Nº 04 do MP/SEGRT, de 14 de fevereiro de 2017		
Justificar, caso tenha assinalado <u>NÃO</u> em algum item:		

IMPORTANTE: Na concordância das informações preenchidas, o Chefe imediato e/ou Dirigente da Unidade de lotação do servidor devem assinar eletronicamente esse documento, em ação de co-responsabilidade pelas informações, e tramitar, por meio do SEI, para DIAS/CAS/PROGEP. Para o caso de discordância e incorreções, após manifestar os motivos e solicitar as correções necessárias ao servidor, este após a edição do documento, deverá assinar e reencaminhar para chefia.

MODELO 17**FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES**

Orientações para preenchimento

ITEM 1. Preencher com os dados pessoais e funcionais.

ITEM 2. Assinalar o tipo de adicional requerido.

ITEM 3. Indicar a quais riscos está exposto.

ITEM 4. Indicar o motivo do pedido de adicional.

ITEM 5. O servidor deve enumerar os EPIs necessários e aqueles utilizados. A sigla CA quer dizer: Certificado de Aprovação expedido pelo MTE. Está gravada no próprio equipamento ou na sua embalagem.

ITEM 6. Descrição detalhada de todas as atividades rotineiras (totalizando a carga horária de trabalho). O servidor deve descrever as atividades que são próprias de sua rotina de trabalho e atentar para que a soma da carga horária descrita seja compatível com a carga horária de seu regime de trabalho.

Nota:

- Tempo: Tempo médio dedicado exclusivamente para realizar a atividade em questão. Deve estar na unidade de hora e minutos (Ex: 3h00min).
- Frequência: Número de vezes que a atividade se repete no período de tempo descrito. (Ex: 5 vezes).
- Unidade: Relacionada à frequência descrita anteriormente. O cálculo do tempo despendido em cada atividade será realizado conjugando-se as informações relativas ao tempo, frequência e unidade. (Ex: 3h00min/5 vezes/Semana = 15 horas semanais)

ITEM 6.1. Deve-se preencher este campo com atividades que não são consideradas insalubres

ITEM 6.2. Serão considerados os itens da NR 15 - Atividades e Operações Insalubres, nos Anexos n.º 1 Limites de Tolerância para Ruído Contínuo ou Intermitente, n.º 2 Limites de Tolerância para Ruídos de Impacto, n.º 3 Limites de Tolerância para Exposição ao Calor, n.º 6 Trabalho sob Condições Hiperbáricas, com Trabalhos sob Ar Comprimido e Trabalhos Submersos, n.º 8 Vibração, n.º 9 Frio e n.º 10 Umidade, com laudo de inspeção realizada no local de trabalho.

ITEM 6.3. O Item está relacionado somente para os servidores que trabalham com produto químico, ou se expõem a algum ambiente que possua atmosfera rica em algum produto químico ou poeira mineral.

Nota:

- Só há necessidade de informar as principais substâncias que compõem o produto, no caso de produto com nome comercial. Ex: Nome do produto: Thinner; compõe as substâncias: tolueno, álcoois etc. (ver rótulo).

- Deve identificar qual(is) atividade(s) relacionam-se com a exposição, manuseio ou manipulação dos respectivos produtos. Ex: Thinner relaciona-se com a Atividade x, que deve ser descrita, como uma ação ou uma marcha de laboratório etc.
- Pode haver algum servidor que se exponha a determinada substância somente parte do tempo da atividade descrita. Ex: Um servidor se expõe a Thinner ao realizar a atividade x, cujo somatório de carga horária é 10h00 horas/semana. A sua exposição diária não poderá exceder 2 horas diárias (carga horária semanal distribuída pelos dias úteis da semana).
- Contudo, se o servidor não se expõe à substância durante toda a prática da atividade descrita no item x, ele deve assinalar uma carga horária proporcional a sua real exposição à substância.

ITEM 6.4. Relação das atividades que envolvem agentes biológicos, cuja insalubridade é caracterizada pela avaliação qualitativa, de acordo com Anexo 14 da NR 15.

ITEM 6.5. Considerar radiações ionizantes e radiações não-ionizantes, as microondas, ultravioletas e laser, conforme NR 15.

ITEM 6.6. Detalhar as atividades de exposição a inflamáveis, explosivos ou energia elétrica, de acordo com a NR 16 e NR 20.

ITEM 7. Informar se atende diretamente a pacientes ou mantém contato com resíduos hospitalares.

ITEM 8. Informar se atende diretamente a pacientes em isolamento de bloqueio.

ITEM 9. Informar se há contato direto com os itens expostos.

ITEM 10. Informar se já sofreu acidente em serviço, descrevendo a situação.

ITEM 11. O servidor deve esclarecer qualquer condição de trabalho que julgue importante e que não pôde ser abordada nos itens anteriores, descrevendo detalhadamente a atividade de exposição, local e frequência.

ITEM 12. Apresentar justificativa de exposição a riscos. Para fins legais, o servidor deve fazer uma justificativa na qual se explique a real necessidade de exposição a riscos, e anexar documentações comprobatórias, que serão avaliadas dentro das atribuições legais do cargo do servidor. O servidor poderá anexar comprovantes SIGPROJ de projetos de ensino, pesquisa e extensão, além dos planos de ensino de graduação e de pós-graduação, manual de competências da unidade, atribuições do cargo, comprovação de prestação de serviços, entre outros.

Declaração assinada. O servidor e suas chefias deverão assinar a declaração de veracidade das informações

FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

1. Identificação do Servidor	() Docente
Nome:	
Matrícula Siape:	
Cargo:	
Jornada de Trabalho: () 20h () 40h () DE Outra:	
E-mail:	
Lotação:	
Chefia Imediata:	
CPF (chefia imediata):	
Posto de trabalho (laboratórios, clínicas, salas, etc):	
2. Adicional solicitado	
() Insalubridade () Periculosidade	
() Radiação ionizante () Raio X ou substâncias radioativas	
Início da execução das atividades descritas para receber auxílio? ___/___/_____	
3. Exposto ao tipo de risco	
() Biológico - vírus, bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários etc. Qual a frequência?: Eventual () Habitual () Permanente ()	
() Químico - produtos químicos, gases, vapores, fumos, neblinas, poeiras, etc.	
() Físico - ruído, temperatura, umidade, radiação ionizante e não ionizante, etc. Qual a frequência?: Eventual () Habitual () Permanente ()	
4. Motivo da Solicitação	
() Ingresso na UFMS	
() Alteração de lotação ou cargo ou de função e/ou das atividades exercidas	
() Retorno ao trabalho após afastamento () Solicitação da Progep	
() Solicitação da chefia imediata () Pedido de revisão	
() Outro:	
5. Quais equipamentos de proteção individual (EPI) você necessita e quais você tem acesso?	

<p>6.3. Carga horária em atividades envolvendo contato com agentes químicos. Informe quais os agentes químicos: () Não se aplica</p> <p>Descrição detalhada (Nome do Produto/Principais substâncias que compõe o Produto/Relação do Produto com a Atividade executada) e local de realização das atividades:</p>	
<p>6.4. Carga horária em atividades envolvendo contato com agentes biológicos. Assinale os Agentes Biológicos: () Não se aplica</p> <p>() Bactéria () Fungo () Príons () Vírus () Esgoto () Resíduos Sólidos () Parasita () Sangue () Carçaça () Corpos () Fezes () Urina () Outros: _____</p> <p>Descrição detalhada e local de realização das atividades:</p>	
<p>6.5. Carga horária com exposição a Raio-X ou substâncias radioativas. () Não se aplica</p> <p>Descrição detalhada e local de realização das atividades:</p>	

<p>6.6. Carga horária em contato com inflamáveis, explosivos ou energia elétrica.</p> <p>Assinale os agentes:</p> <p>() Não se aplica</p> <p>() Eletricidade e/ou instalações elétricas () Inflamáveis () Explosivos</p> <p>() Outros _____</p> <p>Descrição detalhada e local de realização das atividades:</p>	
<p>CARGA HORÁRIA TOTAL</p>	

<p>7. Fica em atendimento direto de pacientes e/ou contato com resíduos hospitalares?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>8. Dedicar cuidados diretos em contato com pacientes em isolamento de bloqueio?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>9. Trabalha em contato com carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pelos e dejeções de animais portadores das doenças infectocontagiosas: carbunculose, brucelose, tuberculose e aquelas decorrentes da exposição aos príons?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Descrição detalhada e local de realização das atividades:</p>
<p>10. Já sofreu algum acidente em serviço? Se sim, descreva a comunicação de acidente em serviço.</p>

11. Caso julgue necessário, descreva algum outro tipo de exposição, duração e frequência que não tenha sido comentado nos tópicos anteriores. Com descrição detalhada, local de realização de atividades e frequência de contato:

12. Faça uma justificativa de exposição da necessidade do adicional de riscos e anexe documentações comprobatórias que considera relevante.

DECLARAÇÃO

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas nesta Ficha, sobre as quais assumo inteira responsabilidade, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Art. 143 a 146 da Lei 8.112/90 e no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, resultando também na suspensão do adicional concedido, bem como na devolução dos valores percebidos indevidamente aos cofres públicos.

Declaro estar ciente de que as informações contidas neste formulário são passíveis de verificação, a qualquer tempo.

Declaro estar ciente de que esta Ficha não é, por si só, instrumento de concessão de adicional ou de gratificação ocupacional.

Declaro ter ciência de que na hipótese de remoção para outro local de trabalho ou quando cessado os riscos nocivos à saúde haverá suspensão do adicional ou gratificação percebida, conforme regulamentado pela legislação pertinente.

Declaro, por fim, que tenho ciência da comunicação de todos os fatos à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas - PROGEP, por meio da equipe de Segurança do Trabalho da UFMS.

Nome
Assinatura do Servidor

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA E DIREÇÃO DA UNIDADE

() Estou ciente do pedido para análise de possível condição de insalubridade/periculosidade do servidor. Concordo com a efetiva exposição aos agentes insalubres informados. Concordo com o horário/escala de trabalho informado pelo servidor e efetiva permanência do mesmo à frequência de exposição aos agentes insalubres informada. Assumo responsabilidade por informar a Pró-reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP qualquer condição que possa alterar os riscos a que o servidor está exposto, de acordo com o artigo 16 da Orientação Normativa Nº 04 do MP/SEGRT, de 14 de fevereiro de 2017.

() Estou ciente do pedido de adicional de insalubridade para o servidor, contudo, há discordância no que se refere a: _____.

Nome
Assinatura da Chefia Imediata

Nome
Assinatura do Dirigente da Unidade

IMPORTANTE: Em caso de concordância das informações preenchidas, Chefe imediato e Dirigente da Unidade de lotação do servidor devem assinar esta Ficha, em ação de co-responsabilidade pelas informações, e o Dirigente deverá tramitar, por meio do SEI, para DIAS/CAS/PROGEP. Em caso de discordância deve manifestar os motivos, ou em caso de incorreções, deve solicitar as correções necessárias ao servidor que, após edição do documento, deve assinar e reencaminhar para chefia.

MODELO 18

AFASTAMENTO PARA CURSO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

Art. 20, §4º, da Lei 8.112/90

Eu, NOME DO SERVIDOR, solicito afastamento para curso de formação, nos termos do Artigo 20, § 4º, da Lei 8.112, de 12 de dezembro de 1990, com início em __/__/__ e término em __/__/__, conforme convocação dos candidatos publicada no DOU nº _____, Seção _____, de __/__/__.

Declaro estar ciente dos termos do artigo 14, § 1º, da Lei 9.624, de 02 de abril de 1998 e faço a seguinte opção:

Receber 50% da remuneração da classe inicial do cargo ao qual estou concorrendo;

Receber a remuneração do cargo efetivo ao qual ocupo.

Campo Grande-MS, __ de _____ de ____

MODELO 19

REQUERIMENTO PARA AFASTAMENTO PARA EXERCÍCIO DE MANDATO ELETIVO

Art. 94, da Lei 8.112/90

Eu, NOME DO SERVIDOR, solicito Afastamento para Exercício de Mandato Eletivo, nos termos do Artigo 94, da Lei 8.112, de 12 de dezembro de 1990, pelo período de [XX] ano (os), com início em XX/XX/XXXX e término em XX/XX/XXXX:

Encaminho em anexo, neste processo, “diplomação” para o cargo e cópia da “ata de posse”.

Declaro estar ciente dos termos do artigo 94e incisos, da Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e faço a seguinte opção:

- Receber remuneração do cargo eletivo;
- Receber a remuneração do cargo efetivo.

Campo Grande-MS, __ de _____ de ____.

Nome e assinatura do servidor
Nome e assinatura do chefe imediato

MODELO 20

REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO

Eu, NOME DO SERVIDOR, ocupante do cargo de CARGO DO SERVIDOR solicito alteração da minha Jornada de Trabalho de ___ horas para ___ horas, com a devida anuência da chefia imediata.

Campo Grande-MS, ___ de _____ de ____.

Assinatura eletrônica do servidor
Assinatura eletrônica do chefe imediato

MODELO 21**TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**

Identificação:

Nome:	Matrícula:
Cargo/Função:	
Órgão pelo qual optou receber o auxílio:	
Data Início recebimento:	

Declaro que não acumulo o benefício com outros de espécie semelhante. Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ele responderei, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Campo Grande, MS ____ de _____ de _____

Assinatura do Declarante

MODELO 22

DECLARAÇÃO DE SINDICÂNCIA

Declaramos para fins de comprovação, que NOME DO SERVIDOR, portador(a) do CPF nº XXXXXXXX e do RG nº XXXXXXXX, é servidor(a) desta Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a matrícula SIAPE nº XXXXXXXXX, ocupante do cargo de XXXXXXXXXXXX, lotado(a) no(a) XXXXXXXXX,

Não responde a Sindicância instituída por esta unidade.

Responde a Sindicância instituída por esta unidade

Declaramos que a consulta foi realizada em ___/___/___ às ___:___h nos registros desta unidade.

Campo Grande, ___ de _____ de ____.

Assinatura do Dirigente Máximo da Unidade

MODELO 23**SOLICITAÇÃO DE INTERRUPTÃO DE FÉRIAS**

Senhor(a) XXX*,

Considerando a Portaria nº. 1.131, de 22 de setembro de 2017, publicada no Boletim de Serviço Eletrônico nº. 6635, de 26 de setembro de 2017, p. 121;

Considerando a Resolução nº. 72, de 13 de setembro de 2017, do Conselho Universitário, publicada no Boletim de Serviço Eletrônico nº. 6629, de 18 de setembro de 2017, p. 11;

Solicitamos AUTORIZAÇÃO de Vossa Senhoria para a interrupção de férias abaixo discriminada:

Servidor:	
Siape:	Lotação:
Data da interrupção: __/__/____	Data da continuação: __/__/____
Justificativa da necessidade de serviço:	

ATENÇÃO: todos os campos são de preenchimento obrigatório.

XXXXXXXXX
Chefe da XXX

AUTORIZO a interrupção de férias acima.

Encaminhe-se à Secretaria de Pagamento da Diretoria de Pagamento e Registro de Pessoal da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas para os registros.

XXXXXXXXX
XXX*

*: Titular das Unidades da Administração Central (Reitor, Vice-Reitor ou Pró-Reitor) ou Setorial (Diretor de Faculdade, Instituto, Escola ou Câmpus) e Suplementar (Diretor de Agência ou Superintendente do Hospital universitário).

MODELO 24

DECLARAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE FÉRIAS

Senhor Secretário de Pagamento,

Os servidores do(a) SETOR, abaixo-assinados, declaram, por meio de suas assinaturas eletrônicas, ciência do recebimento de suas notificações de férias contidas no documento SEI nº CÓDIGO DO DOCUMENTO deste processo.

Atenciosamente,

NOME,
CARGO.

MODELO 25

REQUERIMENTO PARA LICENÇA PARA ATIVIDADE POLÍTICA

(Art. 86, da Lei 8.112/90)

Eu, NOME DO SERVIDOR, solicito Licença para Atividade Política, conforme Artigo 86 e parágrafos, da Lei 8.112, de 12 de dezembro de 1990, com início em XX/XX/XXXX e término em XX/XX/XXXX.

Encaminho em anexo, neste processo, ata da convenção do Partido, elegendo meu nome para candidato e me comprometo a anexar neste processo o comprovante de Registro de Candidatura.

Declaro estar ciente dos termos do artigo 86 e parágrafos, da Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e de que devo retornar à atividade nos prazos estabelecidos nesta Lei.

Campo Grande-MS, ___ de _____ de ____.

[Nome e assinatura do servidor]

[Nome e assinatura do chefe imediato]

MODELO 26

REQUERIMENTO PARA LICENÇA PARA TRATO DE INTERESSES PARTICULARES

(Art. 91, da Lei 8.112/90)

Eu, NOME DO SERVIDOR, solicito Licença para Tratar de Interesses Particulares, nos termos do Artigo 91, da Lei 8.112, de 12 de dezembro de 1990, pelo período de [XX] ano (os), com início em XX/XX/XXXX e término em XX/XX/XXXX, conforme exposição de motivos abaixo:

[Inserir motivos]

Campo Grande-MS, ___ de _____ de _____.

[Nome e assinatura do servidor]

[Nome e assinatura do chefe imediato]

MODELO 27

REQUERIMENTO PARA RETORNO ANTECIPADO DA LICENÇA PARA TRATO DE INTERESSES PARTICULARES

(Art. 91, §1, da Lei 8.112/90)

Eu, NOME DO SERVIDOR solicito meu retorno antecipado da Licença para Tratar de Interesses Particulares, nos termos do Artigo 91, § 1º, da Lei 8.112, de 12 de dezembro de 1990, a partir de XX/XX/XXXX.

Campo Grande-MS, ___ de _____ de ____.

[Nome e assinatura do servidor]

MODELO 28

REQUERIMENTO - LICENÇA PRÊMIO POR ASSIDUIDADE (TÉCNICO)

Senhor Chefe da Serp/Dipag/Progep:

Venho requerer a concessão de ___ meses de Licença Prêmio por Assiduidade, a contar de __/__/___. Informo que o pedido foi autorizado por minha chefia imediata.

Estou ciente de que o pedido deverá ser encaminhado à Secretaria de Registro de Pessoal – Serp/Dipag/Progep com antecedência de 60 (sessenta) dias da data de início da referida licença, conforme o disposto no art. 3º, da Resolução CD nº 114, de 13 de julho de 1990.

Obs:

- No caso de alteração no período da licença, favor comunicar esta Divisão.
- Não havendo alteração favor devolver o aviso devidamente assinado.

De acordo:

[Assinatura do servidor]

[Nome e assinatura da chefia imediata]

MODELO 29

ANEXO III - RELATÓRIO DE AFASTAMENTO

(Resolução nº 11, CD, de 20 de fevereiro de 2020)

(Prazo máximo de entrega: 10 dias após o término do afastamento)

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do requerente:

Matrícula Siape nº:

Lotação:

E-mail:

2. NOME DO EVENTO E PERÍODO DO AFASTAMENTO REALIZADO

Nome do evento:

Título do trabalho/reunião/missão:

Cidade/País:

Data de início do afastamento:

Data de término do afastamento:

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E BENEFÍCIOS PARA ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO, EMPREENDEDORISMO E INOVAÇÃO OBTIDOS COM O AFASTAMENTO

Observações: Anexar o máximo de documentos e fotos para comprovar o afastamento. O Dirigente da Unidade deve dar ciência neste Relatório.

Campo Grande, ___ de _____ de ____

Assinatura do requerente

MODELO 30**TERMO DESCRITIVO DE JORNADA/HORÁRIO DE TRABALHO**

À Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas – GAB/Progep/UFMS,

Nos termos do art. 37, XVI, “c” da Constituição Federal, do art. 118, § 2º da Lei nº 8.112/1990 e do Parecer-Plenário nº 01/2017/CNU-Decor/CGU/AGU, _____, abaixo assinado, declara exercer no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – Humap, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, conforme Cláusula Quinta do Contrato UFMS/ Ebserh nº 251/2013, o cargo de _____, com carga horária de 40h semanais, exercendo 30 horas semanais conforme Portaria nº ____/____-UFMS, cumprindo-a conforme abaixo descrita:

Horário diário e semanal de trabalho. (Detalhar a carga horária)

Manhã	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Entrada							
Saída							

Tarde	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Entrada							
Saída							

Noite	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Entrada							
Saída							

Obs.: Tracejar os campos dos horários não preenchidos

Atesta, ainda, que a carga horária detalhada acima não provoca sobreposição de horários, prejuízo à carga horária e às atividades exercidas nos demais órgãos aos quais se vincula, bem como que há viabilidade de deslocamento regular a tempo de cumprir com as obrigações funcionais.

Campo Grande/MS, ____ de _____ de _____,

Assinatura servidor

MODELO 31

ATESTADO DE COMPATIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

A XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, inscrita no CNPJ sob nº xx.xxx.xxx/xxxx-xx, decide, fundamentando-se nos termos do art. 37, XVI, "c" da Constituição Federal, no art. 118, § 2º da Lei nº 8.112/1990 e no Parecer-Plenário nº 01/2017/CNU-Decor/CGU/AGU, por admitir e autorizar a acumulação de cargos e empregos do(a) servidor(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX que resulta em carga superior a 60 horas semanais de trabalho,

- atestando a inexistência de sobreposição de horários

() concordo () discordo: _____

- atestando a ausência de prejuízo à carga horária e às atividades exercidas neste órgão, tendo por referencial a carga horária e o regime de trabalho que o servidor presta nos demais órgãos, conforme documentos apresentados

() concordo () discordo: _____

- atestando a viabilidade de deslocamento regular do servidor público a tempo de cumprir com exatidão todas as suas obrigações funcionais, aplicando-se ao mesmo idêntico controle de horário e de desempenho que aplicável aos demais servidores

() concordo () discordo: _____

Campo Grande/MS, ____ de _____ de ____

Nome e identificação da autoridade competente
representante legal do Órgão/Empresa

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



A NOSSA UNIVERSIDADE