

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Rua Dr. Carlos Chagas, s/nº.
São José, Campina Grande – PB, CEP: 58.400-398

**Edital - SEI 01/2024/CPES/HUAC-UFCG
ANEXO I**

DECLARAÇÃO DE APTIDÃO

Eu _____ (NOME COMPLETO) _____, SIAPE
_____, CPF _____, declaro ser apto(a) para prestar
assistência de _____ (inserir cargo/profissão)
em:

a. MARCAR A OPÇÃO CORRESPONDENTE:

() Enfermeiro: quaisquer unidades de internação do HUAC em enfermaria, atendimento a urgências/emergências e realização de transporte de pacientes.

() Fisioterapeuta: quaisquer unidades de internação do HUAC que já são atendidas pela Unidade de Reabilitação;

() Farmacêutico: Dispensação Farmacêutica, Laboratório de Análises Clínicas e Agência Transfusional;

() Técnico em Enfermagem: quaisquer unidades de internação do HUAC em enfermaria e atendimento a urgências/emergências.

b. Declaro ainda que não apresento restrição laboral de qualquer natureza.

c. Declaro ter disponibilidade para realizar plantões dia/noite nos dias de semana e finais de semana.

Campina Grande, ____ de _____ de 2024

Assinatura do candidato

Edital - SEI 01/2024/CPES/HUAC-UFCG
ANEXO II

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS,
FUNÇÕES E PROVENTOS**

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:		MATRÍCULA:	
CPF:	ÓRGÃO SIAPE: 26443	SIGLA DA UPAG EBSERH:	
CARGO/FUNÇÃO:		TELEFONE:	
DATA DE ADMISSÃO:	MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
UNIDADE DE LOTAÇÃO:			

Declaro, em cumprimento às disposições legais vigentes, que:

1. Ocupo cargo, emprego ou função pública : () Sim () Não			
Órgão:		Regime de Trabalho:	
Cargo, emprego ou função:			
Área de atuação do cargo:		Data de Ingresso:	
UF de exercício:	Nível de escolaridade do cargo:		
Órgão:		Regime de Trabalho:	
Cargo, emprego ou função:			
Área de atuação do cargo:		Data de Ingresso:	
UF de exercício:	Nível de escolaridade do cargo:		
1.1 Estou em gozo de licença ou suspensão contratual: () Sim () Não			
Órgão:			
Tipo:		Período:	
Cargo:		Carga horária:	
1.2 Estou em disponibilidade remunerada nos termos do art. 41, § 3º da CF/88: () Sim () Não			
Órgão:			

Tipo:	Período:
Cargo:	Carga horaria:
2. Percebo proventos de aposentadoria, pensão, reserva remunerada ou como militar reformado: () Sim () Não	
Tipo: () Aposentadoria () Pensão () Reserva Remunerada () Militar Reformado	
Órgão:	Regime de Trabalho:
Cargo:	UF:
Escolaridade do Cargo:	Área de Atuação:
Fundamentação Legal:	
N.º Ato de Concessão:	Data da Vigência:
Nos casos de Pensão:	
Tipo:	Grau de Parentesco:
<i>Deverá anexar comprovante de dependência econômica na data do Óbito do Instituidor de Pensão</i>	
3. Exerço atividade em empresa privada: () Sim () Não	
a. Empresa:	
Cargo:	Regime de Trabalho:
Área de atuação do cargo:	Nível de Escolaridade:
Data de Ingresso:	UF de exercício:
b. Empresa:	
Cargo:	Regime de Trabalho:
Área de atuação do cargo:	Nível de Escolaridade:
Data de Ingresso:	UF de exercício:
4. Outras situações	
4.1 Nos últimos 24 (vinte e quatro) meses foi contratado(a) com base na Lei 8.745/93? () Sim () Não	
Órgão:	
Cargo:	Período:
4.2 Exerço atividade como Autônomo: () Sim () Não	
Local:	
Tipo da Atividade:	

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

No caso de exercer outro cargo:

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa em que trabalha com as seguintes informações:**
 - I - denominação do cargo/emprego/função que exerce;
 - II - jornada do cargo/emprego/função que exerce;
 - III - unidade da federação, município e endereço em que exerce o cargo/emprego/função;
 - IV - nível de escolaridade do cargo/emprego/função;
 - V - data de ingresso;
 - VI - área de atuação do cargo;
 - VII - escala de trabalho indicando os horários de entrada e saída.

Caso receba aposentadoria :

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa em que se deu a aposentadoria contendo:**
 - I - denominação do cargo em que se deu à aposentadoria;
 - II - ato e fundamento legal da aposentadoria;
 - III - jornada do cargo que exerceu;
 - IV - unidade da federação em que exerceu o cargo;
 - V - nível de escolaridade do cargo em que se deu a aposentadoria;
 - VI - área de atuação do cargo em que se deu a aposentadoria.

Caso receba pensão civil ou militar:

- **Declaração do setor de Recursos Humanos do órgão ou empresa contendo:**
 - I - Tipo e o fundamento legal da pensão;
 - II - Grau de parentesco com o instituidor de pensão;
 - III - Data de início da concessão do benefício.

ESTOU CIENTE DE QUE DECLARAÇÕES FALSAS PODERÃO SUJEITAR-ME ÀS PENAS DA LEI, NO ÂMBITO ADMINISTRATIVO, CÍVIL E/OU CRIMINAL.

LOCAL E DATA

ASSINATURA
AUTORIDADE/EMPREGADO