



## SOLICITACAO DE ABERTURA DE CONTA

**ORIGEM:** Divisão de Recrutamento e Seleção - DIRS/CDR/PROGEP  
**DESTINO:** ( ) BANCOOP ( ) BANRISUL ( ) BANCO DO BRASIL ( ) BRADESCO  
( ) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL ( ) HSBC ( ) ITAÚ ( ) SANTADER ( ) SICREDI

Comunicamos que o Sr. (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ foi aprovado em Concurso Público desta  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CNPJ: 15.461.510/0001-33) e nomeado  
para assumir o cargo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, conforme portaria de nomeação publicada no Diário Oficial  
da União. Diante do exposto, solicitamos à Vossa Senhoria a abertura de **CONTA-  
SALÁRIO** em nome do(a) nomeado(a) para recebimento de seus proventos.

Campo Grande - MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
CHEFE DA DIRS/CDR/PROGEP  
(Assinatura e carimbo)



NOME DO SERVIDOR: \_\_\_\_\_

BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA Nº \_\_\_\_\_ CONTA-SALÁRIO Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO BANCO)

### **IMPORTANTE**

DEVE CONSTAR O DÍGITO VERIFICADOR NO N.º DA AGÊNCIA E DO BANCO, SE HOVER.



**ESCLARECIMENTOS PARA COMPROVAÇÃO DE DEPENDENTES (UNIÃO ESTÁVEL REGISTRADA EM CARTÓRIO OU OUTROS DEPENDENTES)**

Senhor(a) Servidor(a):

Para inclusão, junto à Divisão de Registro e Movimentação - DIRM/CAP/Progep/UFMS, de Companheira(o) (com união estável registrada em cartório) ou Dependente Economicamente, faz-se necessário apresentação de cópias de no mínimo 3 comprovações de vínculo, conforme estabelece o Art. 4º da Orientação Normativa SRH/MPOG Nº 9, de 5 de novembro de 2010, conforme abaixo relacionados, juntamente com cópias da Certidão de Nascimento ou Casamento e do CPF.

- I – certidão de nascimento de filho em comum;
- II – certidão de casamento religioso;
- III - declaração de imposto de renda do servidor, em que conste o interessado como seu dependente;
- IV – disposições testamentárias;
- V – declaração especial feita perante Tabelião;
- VI – prova de residência do mesmo domicílio;
- VII – prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- VIII – procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
- IX – conta bancária conjunta;
- X – registro em associação de qualquer natureza, no qual conste o nome do interessado como seu dependente;
- XI - anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- XII – apólice de seguro no qual conste o servidor como titular do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
- XIII – ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o servidor como responsável;
- XIV – escritura de compra e venda de imóvel pelo servidor em nome do dependente;
- XV – declaração de não emancipação do dependente menor de 21 anos; ou
- XVI – quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a ser comprovado.

Para inclusão de cônjuges, com registro em certidão de casamento, **não** necessitam a comprovação especificada acima.

Lembramos que, ao incluir um novo dependente, é necessário o preenchimento de novo Termo de Responsabilidade relacionando os outros dependentes, mesmo que já tenham sido cadastrados.

Atenciosamente,

DIRM/CAP/PROGEP

Ramal: (67)3345-7069/7074  
E-mail: dirm.progep@ufms.br

**Divisão de Recrutamento e Seleção – DIRS/CDR/PROGEP**

Av. Costa e Silva, s/ Nº | Bairro Universitário  
CEP 79070-900 | Campo Grande | MS  
Fone: 67 3345.7939 ✉ dirs.progep@ufms.br



**PLANO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-ESCOLAR**  
**Ref. Decreto nº 977, de 10/11/93 e Instrução Normativa nº 12 de 23/12/93**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

Matrícula: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ingresso FUFMS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Outro órgão público federal: \_\_\_\_\_ Ingresso outro órgão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**2 IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)**

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Órgão ou entidade em que trabalha: \_\_\_\_\_

**3. IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Idade mental: \_\_\_\_\_ Tipo de dependência: \_\_\_\_\_  
Detentor da guarda: \_\_\_\_\_ Provável desligamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**4. DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO**

Desejo receber a Assistência ao Pré-escolar, visto que nem eu ou meu cônjuge/companheiro(a) percebe idêntico benefício em outro órgão ou entidade da administração pública federal, autárquica ou fundacional, para propiciar ao meu dependente atendimento em berçário, maternal, ou assemelhados, jardim de infância e pré -escola

Declaro ter conhecimento que o Auxílio Pré -escolar:

- a) não poderá ser incorporado ao vencimento ou vantagens para quaisquer efeitos;
- b) não incide na contribuição do Plano de Seguridade Social;
- c) não é configurado como rendimento tributável.

A partir desta data, autorizo a consignação em folha de pagamento das cotas -partes mensais que me couberem no custeio do benefício, conforme prevê a legislação específica, ciente de que a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição disciplinar prevista na Lei nº 8.112, de 11/12/90.

*Art. 4º do Decreto 977, de 10/11/1993, Assistência ao Pré -Escolar, Alcançará os dependentes na faixa etária compreendida desde o nascimento até seis anos de idade, em período integral ou parcial, a critério do servidor.*

Assumo o compromisso de comunicar imediatamente à Divisão de Registro e Movimentação (DIRM/CAP/PROGEP) qualquer situação que altere estas informações, sob pena de suspensão ou cancelamento do benefício, até o cumprimento da exigência, com o respectivo desconto em folha de pagamento de quantias pagas indevidamente se assim ocorrer.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local UF Data Assinatura

**5.OBSERVAÇÃO**

**6. DIVISÃO DE REGISTRO E MOVIMENTAÇÃO (reservado)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local UF Data Assinatura

**7. PERÍODO DE CONCESSÃO (reservado)**

Início da Concessão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Desligamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Motivo do desligamento:  
\_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Eu, \_\_\_\_\_ Matrícula/Siape \_\_\_\_\_  
Portador do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ é meu (minha) \_\_\_\_\_ **(Pai, Mãe, Avós e Bisavós)** e vive sob minha **Dependência Econômica**, visto não perceber rendimento do trabalho ou de qualquer outra fonte, inclusive pensão ou provento de aposentadoria, superior ao limite de isenção mensal (Artigo 35 da Lei nº 9.250 de 26/12/1995).  
Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da Lei.

Campo Grande - MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Observação:** apresentar documento do dependente.

CÓDIGO PENAL – Art. 299

- “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante: PENA – Reclusão de 1 a 5 anos...”

Vide: - Lei nº 7.115, de 29/08/1983 – D.O.U. de 30/08/1983  
- Circular nº 03 – SG/PR, de 26/06/1990 – D.O.U. de 27/06/1990.

**Divisão de Recrutamento e Seleção – DIRS/CDR/PROGEP**

Av. Costa e Silva, s/ Nº | Bairro Universitário  
CEP 79070-900 | Campo Grande | MS  
Fone: 67 3345.7939 ✉ dirs.progep@ufms.br

**CABEÇALHO**  
**PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA OU DO ÓRGÃO PÚBLICO**

**1) Modelo para Órgão Público**

**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaramos que o Sr(a) \_\_\_\_\_ possui vínculo empregatício com o(a) órgão público, empresa privada ou entidade, inclusive se for aposentado, admitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (caso seja contratado por tempo determinado, informar data do término do contrato), ocupante do cargo/função de \_\_\_\_\_, cujo nível de escolaridade exigida é \_\_\_\_\_, com carga horária semanal de \_\_\_\_\_, cujo horário de trabalho é informar o horário de trabalho de todos os dias inclusive sábado e/ou domingo.

Campo Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo Órgão ou  
Gerência de Recursos Humanos

**2) Modelo para Empresa Privada**

**D E C L A R A Ç Ã O**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declaro que exerço atividade autônoma de \_\_\_\_\_ no local de exercício da atividade com carga horária semanal de \_\_\_\_\_, cujo horário de trabalho é informar o horário de trabalho de todos os dias inclusive sábado e/ou domingo.

Campo Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**OBSERVAÇÃO:**

Caso o servidor participe em **GERÊNCIA OU ADMINISTRAÇÃO DE SOCIEDADE PRIVADA, PERSONIFICADA OU NÃO PERSONIFICADA** deverá informar sob qual condição, qualidade de participante da administração direta, ou de acionista, cotista ou mandatário, e **apresentar cópia autenticada do Contrato Social**.

**RODAPÉ DA DECLARAÇÃO:**

**IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL ONDE EXERCE A ATIVIDADE, COM ENDEREÇO  
TELEFONE E E-MAIL**



## DECLARAÇÃO

Declaro Junto à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob minha inteira responsabilidade, **que não estou cadastrado(a) no PIS/PASEP.**

Campo Grande - MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR			
NOME		MATR. SIAPE	
CPF	ÓRGÃO	SIGLA DA UPAG	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP