

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Antes de preencher o formulário de recadastramento:

- ✓ Verifique a sua categoria de usuário, conforme as Normas do Estacionamento enviadas previamente por e-mail;
- ✓ Certifique-se de que possui o comprovante de pagamento da taxa anual no dispositivo de onde você está acessando este formulário, pois **você deverá anexá-lo para finalizar o recadastramento. O comprovante poderá ser digitalizado ou enviado por foto. Não haverá entrega de documentos presencialmente, como nos anos anteriores.**
- ✓ Tenha em mãos o número que consta no **ADESIVO** no para-brisa do veículo (apenas para CARROS cadastrados);

Para cadastro na categoria INTEGRAL

- ✓ Profissionais com carga horária **superior a 6 horas diárias** (mínimo de 30h semanais), **em escala regular 12x36h diurna** e professores cuja escala de trabalho seja variável (turnos manhã/tarde/noite).
- ✓ Apenas funcionários com carga horária de trabalho igual a **40h semanais** são dispensados do envio da Declaração de Horário de Trabalho.

PASSO A PASSO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

RECADASTRAMENTO 2021 - ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE

Prezado(a),

Este formulário é destinado apenas aos ATUAIS USUÁRIOS do estacionamento que desejam se recadastrar e renovar a permissão de uso.

ANTES de preenchê-lo, verifique sua categoria, de acordo com as Normas do Estacionamento enviadas por e-mail e faça o pagamento da taxa referente à sua categoria. ANOTE também o número do adesivo do veículo, pois precisará informá-lo (apenas para CARROS cadastrados).

Certifique-se de que possui o comprovante de pagamento da taxa anual no dispositivo de onde você está acessando este formulário, pois você deverá anexá-lo para finalizar o recadastramento. Não haverá entrega de documentos presencialmente, como nos anos anteriores.

O usuário deverá informar todos os dados obrigatórios e anexar os documentos solicitados digitalizados em PDF ou foto (atenção para a legibilidade do arquivo). Tais dados serão utilizados exclusivamente para fins de recadastramento do uso do estacionamento do Campus Saúde da UFMG.

Posteriormente, entraremos em contato pelo e-mail que o usuário informar nesse formulário para realizar o AGENDAMENTO da entrega do novo adesivo que deverá ser afixado no veículo cadastrado.

Em caso de dúvidas, verifique o passo-a-passo enviado no e-mail ou envie uma mensagem para NUCLEO@DSG.UFMG.BR.

A foto e o nome associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário.

E-mail *

Seu e-mail

Este formulário coleta e-mails para contato. Digite o seu **melhor endereço de e-mail**.

CONFIRME SEU E-MAIL DE CONTATO *

ATENÇÃO! ESSE E-MAIL SERÁ O CONTATO PARA AGENDAMENTO DA RETIRADA DO NOVO ADESIVO.
VERIFIQUE SE O ENDEREÇO ESTÁ CORRETO!

Sua resposta

Para evitar erros, informe novamente o seu endereço de e-mail. É através dele que entraremos em contato com você!

NOME COMPLETO *

Sua resposta

Digite seu nome completo utilizando apenas **LETRAS MAIÚSCULAS**

NÚMERO DO RG *

Digite apenas números.

Sua resposta

Informe apenas os números do seu **RG**, sem pontos ou traços

CPF *

Digite apenas números.

Sua resposta

Informe apenas os números do seu **CPF**, sem pontos ou traços.

VÍNCULO *

UFMG

EBSERH

FUNDEP

Residente

Estudante

HPS João XXIII (apenas médicos)

Outro: _____

Selecione o seu **vínculo** com o Campus Saúde da UFMG.

CARGO *

Caso o seu cargo não esteja listado, marque a opção Outros, ao fim da lista.

- Analista administrativo
- Assistente administrativo
- Auxiliar de enfermagem
- Biólogo(a)
- Biomédico(a)
- Diretor(a) de Unidade

Selecione o seu **CARGO**. Caso ele não esteja listado, marque a opção "**Outro**", no fim da lista e, no campo ao lado, informe qual é.

Obs.: Estudantes e residentes possuem opções correspondentes.

CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO *

Caso seja residente ou estudante, marque a opção "Não se aplica".

- 20H
- 24H
- 30H
- 36H
- 40H
- 44H
- Não se aplica (Residentes e estudantes)
- Outro: _____

Selecione a sua carga horária semanal **PADRÃO** de trabalho.

Caso ela não esteja listada, marque a opção "**Outro**", no fim da lista.

Obs.: Estudantes e residentes possuem opções correspondentes.

CELULAR *

Caso não seja DDD 31, informe também o código DDD.

Sua resposta _____

Informe seu número de **celular** para contato.
Caso não seja DDD 31, informe também o código DDD.

RAMAL DO SETOR (Opcional)

Sua resposta _____

Informe o **ramal** do seu setor de trabalho
(Campo não obrigatório)

UNIDADE DE VÍNCULO *

- Hospital das Clínicas
- Faculdade de Medicina
- Escola de Enfermagem
- HPS João XXIII
- Outro: _____

Informe a sua Unidade de vínculo.

Caso seja lotado em outra Unidade, marque a opção “**Outro**”, e informe a Unidade no campo ao lado.

SETOR DE TRABALHO / DEPARTAMENTO *

Caso não seja funcionário/servidor, digite "Não se aplica".

Sua resposta _____

Informe o seu setor de trabalho.

Caso não seja funcionário, digite “**Não se aplica**”.

Próxima

Clique em “**Próxima**”.

CATEGORIAS DE USUÁRIOS DO ESTACIONAMENTO

Veja abaixo as categorias, que são definidas de acordo com o cargo/vínculo e horário de trabalho do usuário.

Leia e veja em qual categoria se enquadra.

CATEGORIAS DE USUÁRIOS DO ESTACIONAMENTO

TURNO	MANHÃ	TARDE	NOITE	INTEGRAL
HORÁRIO	6h30 às 13h30	12h00 às 19h30	16h às 7h30	6h30 às 20h

INTEGRAL

- Profissionais com carga horária **superior a 6 horas diárias (mínimo de 30h semanais)**, em escala regular **12x36h ou 12x60h** e professores cuja escala de trabalho seja variável (turnos manhã/tarde/noite), conforme declaração do Departamento ou Unidade.

MANHÃ

- Profissionais cuja jornada de trabalho seja exclusivamente no turno ‘**MANHÃ**’.
- Tem o direito de utilizar o estacionamento, durante o horário de trabalho, em

NÚMERO DO ADESIVO NO PARABRISA DO VEÍCULO (4 dígitos) *

Caso o veículo cadastrado seja uma moto, digite 0000.

Texto de resposta curta

Informe o número de **4** dígitos do **adesivo** afixado no para-brisa do veículo (número de cadastro).
Caso o veículo cadastrado seja uma **moto**, digite **0000**.

CATEGORIA EM QUE DESEJA SE CADASTRAR (CASO QUEIRA MUDAR A CATEGORIA ATUALMENTE CADASTRADA, FIQUE ATENTO ÀS REGRAS DE CADA UMA. SERÁ FEITA A CONFERÊNCIA NA UNIDADE DE VÍNCULO. EM CASO DE INCONSISTÊNCIAS, O CADASTRO PODERÁ SER REJEITADO).

É contabilizado apenas o horário **PADRÃO** de trabalho. Será feita a conferência na Unidade de vínculo.

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Integral
- Diretor(a) de Unidade
- Residente
- Estudante (Uso exclusivo no período noturno e em finais de semana)
- Médicos HPS João XXIII (Uso exclusivo no período noturno e em finais de semana)

Informe a **CATEGORIA** em que se enquadra, de acordo sua carga horária semanal e seu horário de trabalho.
(Fique atento às regras de cada uma das categorias. Será feita a conferência na unidade de vínculo. Em caso de inconsistências, o cadastro poderá ser rejeitado e o acesso bloqueado até adequação).

Próxima

Clique em “Próxima”.

VEÍCULO CADASTRADO



É permitido apenas UM veículo por usuário. Informe os dados do veículo a seguir.

TIPO DE VEÍCULO QUE SERÁ CADASTRADO *

- Carro
- Moto

Informe o **TIPO** do veículo que deseja cadastrar (ou do veículo que já está cadastrado).

DESEJA ALTERAR O VEÍCULO ATUALMENTE CADASTRADO? *

- Não. O veículo será o mesmo cadastrado anteriormente.
- Sim. Desejo alterar o veículo cadastrado.

Informe se deseja **ALTERAR** o veículo atualmente cadastrado.

Caso tenha trocado de veículo recentemente, mas já tenha informado os dados ao setor, marque a 1ª opção.

MODELO DO VEÍCULO *

Caso o veículo não esteja listado, marque a opção "Outro", no fim da lista.

- 116i
- 118i
- 120i
- 200 DUKE
- 2008
- 206

Informe o **MODELO** do veículo a ser cadastrado (ou do veículo atualmente cadastrado).

Caso o modelo não esteja listado, marque a opção "**Outro**" no fim da lista e, ao lado, informe qual o modelo do seu veículo.

COR PREDOMINANTE DO VEÍCULO *

- Amarelo
- Azul
- Bege
- Branco

Informe a **COR** do veículo cadastrado.

Caso a cor não esteja listada, marque a opção "**Outro**" no fim da lista e, ao lado do campo, informe a cor conforme consta no documento do veículo.

PLACA DO VEÍCULO (APENAS LETRAS E NÚMEROS) *

Utilize apenas LETRAS MAIÚSCULAS. Digite apenas letras e números, sem traços ou outros sinais de pontuação)

Texto de resposta curta

Informe a placa do veículo a ser cadastrado.
Digite **APENAS** letras e números, sem traços ou outros sinais de pontuação.

ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO

A seguir, envie os documentos solicitados.

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA GRU (GUIA DE RECOLHIMENTO DA UNIÃO)

*

Envie o comprovante de pagamento digitalizado. As informações para geração da GRU (Guia de Recolhimento da União) e pagamento foram enviadas para o e-mail já cadastrado. São aceitos arquivos em PDF ou foto.

 **Adicionar arquivo**

 Esta pergunta é obrigatória

Para enviar o comprovante de pagamento, clique em **Adicionar arquivo**.

Será aberta a tela mostrada abaixo

Inserir arquivo

Upload

Meu Drive

Selecionado previamente

Arraste arquivos para cá

— ou —

Selecionar arquivos do seu dispositivo

Clique em **Selecionar arquivos do seu dispositivo**.
Você poderá digitalizar o comprovante ou tirar uma foto.

Caso tenha pago pelo aplicativo do Banco do Brasil, acesse o aplicativo e salve/compartilhe o comprovante no celular.

Fazer upload

Cancelar

Abriu

Este Computador > Área de Trabalho

Organizar Nova pasta

Nome Data de modificação Tipo

COMPROVANTE DE PAGAMENTO GRU - ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE	24/03/2021 14:24	PDF Docume
---	------------------	------------

Nome: COMPROVANTE DE PAGAMENTO GRU - ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE

Arquivos personalizados

Abrir Cancelar

Localize e selecione o arquivo do comprovante de pagamento e clique em **Abrir**.

Inserir arquivo

Upload Meu Drive Selecionado previamente

COMPROVANTE DE PAGAMENTO GRU - ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE.pdf	238.83K
---	---------

Adicionar mais arquivos

O nome do arquivo selecionado será mostrado aqui.
Em seguida, clique em **Fazer upload**.

Fazer upload Cancelar

DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO PREENCHIDA E ASSINADA (CONFORME MODELO ENVIADO POR E-MAIL)

O envio desse documento é OBRIGATÓRIO para quem deseja se cadastrar na categoria INTEGRAL e possui carga horária de trabalho de 36h semanais. Ficam dispensados do envio da declaração os servidores com carga horária igual a 40h semanais. Antes de enviar, verifique se o arquivo está totalmente legível.

 [Adicionar arquivo](#)

Caso tenha que enviar a Declaração de Horário de Trabalho, certifique-se que você tem o arquivo salvo em seu dispositivo. Clique em **Adicionar arquivo**.

Caso não seja obrigatório, pule essa etapa e clique em **Próxima** no fim da página..

Inserir arquivo

Upload

Meu Drive

Selecionado previamente

Arraste arquivos para cá

— ou —

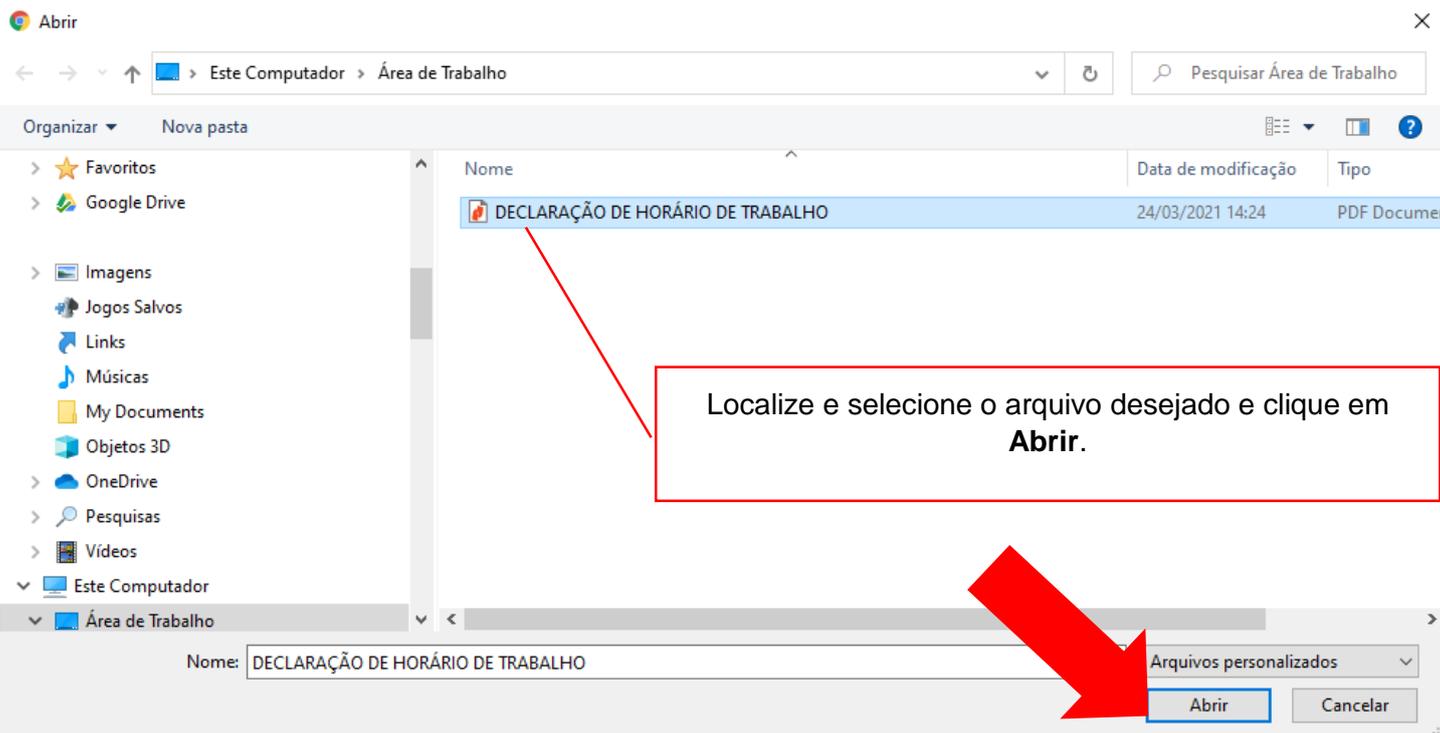
Selecionar arquivos do seu dispositivo

Clique em **Selecionar arquivos do seu dispositivo**.

Você deverá ter o arquivo da Declaração já preenchida e assinada, em PDF ou imagem.

Fazer upload

Cancelar



Localize e selecione o arquivo desejado e clique em **Abrir**.

Inserir arquivo



Upload

Meu Drive

Selecionado previamente

DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO.pdf 238.83K



Adicionar mais arquivos

O nome do arquivo selecionado será mostrado aqui.
Em seguida, clique em **Fazer upload**.

Fazer upload

Cancelar

Voltar

Próxima

Em seguida, clique em **Próxima**.

TERMO DE COMPROMISSO DO ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE

As Normas do Estacionamento do Campus Saúde e o Termo de Compromisso foram enviados juntamente com o e-mail informativo de cadastro. O envio deste formulário implica a aceitação integral do Termo de Compromisso, bem como demonstra a ciência das Normas do Estacionamento e das penalidades previstas.

Leia **atentamente** as informações do Termo de Compromisso do estacionamento do Campus Saúde. Esse arquivo também foi enviado no e-mail informativo.

TERMO DE COMPROMISSO DO ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE



COMISSÃO PERMANENTE DO CAMPUS SAÚDE
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia

TERMO DE COMPROMISSO – ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE

Pelo presente e para fins de aquisição do adesivo que dá direito ao uso do estacionamento do Campus Saúde, declaro estar ciente das normas de sua utilização e comprometo-me a cumpri-las no que me cabe, de acordo, ainda, com os termos abaixo:

Aceite do Termo de Compromisso do estacionamento do Campus Saúde, mostrado acima. *

Declaro ter lido e aceito o Termo de Compromisso do estacionamento do Campus Saúde.

Após a leitura do documento, marque a opção: **Declaro ter lido e aceito o Termo de Compromisso do estacionamento do Campus Saúde.**

Voltar

Próxima

Em seguida, clique em **Próxima.**

AGENDAMENTO DA ENTREGA DO ADESIVO

Os dados e a documentação enviados serão analisados. Entraremos em contato pelo e-mail informado neste formulário para realizar o AGENDAMENTO da entrega do adesivo. Fique atento(a)!!

Clique em ENVIAR para finalizar sua solicitação de recadastramento do uso do estacionamento do Campus Saúde da UFMG.

Caso queira receber uma cópia das respostas no seu e-mail, marque a opção mostrada.

Enviar uma cópia das respostas para o meu e-mail.

Voltar

Enviar

Clique em **ENVIAR** para finalizar sua solicitação de recadastramento do uso do estacionamento do Campus Saúde da UFMG.

Os dados e a documentação enviados serão analisados. Entraremos em contato em até 30 dias pelo e-mail informado neste formulário para realizar o **AGENDAMENTO** da entrega do adesivo.

Fique atento(a)!!

RECADASTRAMENTO 2021 - ESTACIONAMENTO DO CAMPUS SAÚDE

Sua solicitação foi enviada. Caso esteja tudo certo, enviaremos um e-mail para o endereço informado com a data de agendamento para retirada do novo adesivo do veículo, a partir de AGOSTO.