



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL 01/2025
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

CONVOCAÇÃO Nº 10

Gilmar Silvério, Secretário de Educação, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o resultado final do processo seletivo para admissão de servidores prazo determinado para as funções de PEB I e PEB II, Auxiliares de Desenvolvimento Infantil e Merendeiras, de acordo com Processo Administrativo nº 319/2025, e da Lei 4738, alterada pela Lei 5661, de 11 de março de 2021, RESOLVE:

Convocar para comparecer na Secretaria de Educação da Prefeitura do Município de Mauá, os candidatos abaixo:

PEB I		
CLASS	NOME	DATA NASCIMENTO
740	JOSENEIDE CARVALHO DOS SANTOS MARQUES	22/01/1986
794	GIOVANA MATOS SERPA	26/07/2002
795	RAQUEL DE SOUSA SANTOS	23/05/1983
797	MARIENE COSTA CALVO MOTRICO	07/04/1966
799	ADRIANA PEREIRA DE MENDONÇA	07/10/1978
801	ANA PAULA LEITE PEREIRA ALENCAR	03/10/1982
802	EUNICE CIRELLI MORALES	12/06/1958
803	CLEUSA BERNARDO DA SILVA	08/08/1961
805	CLARICE DE ALMEIDA RAMOS	10/07/1964
806	EDIVÂNIA ROCHA DE MELO	02/02/1965
808	BIANCA ROSSI ALBERTINI	04/11/1992
809	MARIA ROSA LUCIANO	13/08/1966
810	MARTA SONADJA BRAZ DA ROCHA	14/08/1973
812	SILENE RODRIGUES	10/03/1977
813	ZILDA DE CASSIA OLIVEIRA PEREIRA	10/11/1987
814	JULIANA APARECIDA AMARAL DA SILVA	11/04/1989
815	SARA CAROLINA DOS SANTOS PEDROSO	14/05/1990
816	CAROLINE CRISTINA SOARES SCHMIDT	08/11/1992
817	RAFAELA MOREIRA H ALMEIDA DA SILVA	01/12/1997
818	ANA CLAUDIA PIMENTEL PEREIRA	14/04/1970
819	MARIA EVANDA DE BARROS	12/09/1970
820	SANDRA APARECIDA DA SILVA	28/11/1970
821	RITA DE CASSIA MORAIS ARAUJO	17/09/1971
822	SANDRA APARECIDA SANTOS	27/04/1973



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

823	DENILZA FREIRES RODRIGUES REIS	20/08/1975
824	IZAURA FARIA ALVES DOS SANTOS	02/06/1982
825	DÉBORA FIDELIS DE SOUZA GOMES	31/07/1982
826	PRISCILIA RICCI CARVALHO MAÇÃO	21/08/1984
827	GISELE FELISBERTO DOS SANTOS	16/09/1986
828	JANAINA APARECIDA DE PAIVA COSTA ALMEIDA	18/01/1987
829	CAMILA DO NASCIMENTO PAULA	21/07/1989
830	SARA FERREIRA ARLINDO DOS SANTOS	28/09/1989
831	ADRIANA SILVA DOS SANTOS	12/03/1990
832	KAOMA FRANCISLENE SILVEIRA SOUSA	29/06/1990
833	MARILIA MONTEIRO DOS SANTOS RIBEIRO	21/02/1991
834	MARIANA BARBOSA DE ALCANTARA	28/05/1992
835	AMANDA BORGES MACEDO	05/10/1996
836	GIOVANNA ROCHA DE ASSIS	17/05/1999
837	BRUNA GOMES ESCARDOVELLI	28/11/2000
838	ROSÂNGELA FERREIRA DA SILVA	06/10/1970
839	ROSEMEIRE RODRIGUES SILVA	03/09/1971
840	IVANILDA MARIA DOS SANTOS	17/09/1973
841	LAIS FERREIRA BARBOSA ELIAS	03/02/1979
842	EDIVÂNIA SEVERINO	16/07/1986
843	PAULA MELO DOS SANTOS	06/10/1988
844	APARECIDA NEVES DA SILVA	14/11/1989
845	FERNANDA SILVA PLACIDO ALMEIDA	29/11/1989
846	MARIA DALVA DE ALMEIDA SANTOS	08/05/1990
847	FABIANA SIMÃO FRANÇA DE OLIVEIRA	05/08/1992
848	KAROLINE ALVES LIMA	12/11/1993
849	MARLUCE AUGUSTA DA SILVA	30/03/1972
850	ROSANGELA IDALINA PINTO BALDO	10/08/1969
851	ALINE CASTILHO LOBO LOPES	14/12/1986
852	ANDREZZA ROSANI ESTRELA	21/09/1988
853	NEUSA HELENA BATISTA MACIEL	07/06/1974
854	ANGELITA MORETO DA SILVA	31/12/1975
855	FERNANDA REGINA AVANZI SOUZA	16/01/1979
856	CRISTIANE EULALIA DA SILVA GARCIA SOUZA	08/03/1982
857	VANESSA SOUZA GOMES BARBOSA	02/06/1982
858	JOICE BRANDÃO DE OLIVEIRA	27/04/1985
859	ALDIONE DIAS BARRETO SOUZA	07/05/1987
860	KARINA SOUSA DA LUZ	23/06/1987
861	LIDJA NAYARA DOS SANTOS ARAÚJO LISBOA	23/07/1989
862	VIVIANA LINS SACRAMENTO SANTOS	17/12/1991
863	KATIA DOS SANTOS OLIVEIRA	22/04/1993
864	TALITA ERENITA LIMA	29/11/1993
865	MARCELO SILVA BORGES	04/08/1995



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

866	STEFANE DA SILVA RODRIGUES	13/06/2000
867	DEISE CRISTINA GOMES DA SILVA	03/07/2000
868	EUNICE DOS SANTOS BONFIM	16/09/1967
869	REGINA MORAES DE OLIVEIRA	19/08/1968
870	ROSEANE LISBOA FARIAS MORAIS	23/04/1970
871	MIRIAN DOMINGAS ROSA PEREZ	03/09/1972
872	MARINEZ FELIX ALVES	07/03/1974
873	MARIA ZENAIDE DE ARAÚJO SOUZA	15/01/1975
875	ROSANGELA DO ROSARIO GOMES	27/12/1976
876	IRISNALVA DA CONCEICAO DOS SANTOS LEAL	06/03/1977
877	LUDMILA DA SILVA CLERICI	12/08/1977
878	MARIA DE JESUS OLIVEIRA DOS SANTOS	09/09/1978
879	MICHELLI FIGUEIREDO DE JESUS	09/07/1979
880	TÂNIA REGINA DOS SANTOS PIRES	19/08/1980
881	NATALINA TEIXEIRA TEOMEDES	25/12/1980
882	SUZILAINE DOS SANTOS GALDINO	14/04/1981
883	LUCIANA LINHARES ZOCCATELLI SANTOS	07/08/1981
884	SIMONE DA SILVA MOREIRA	25/12/1981
885	ANDREIA THEREZA FIGUEIREDO DA CRUZ	20/01/1982
886	MARTA DOS SANTOS	01/07/1982
887	ANA PAULA DE SOUZA	10/03/1984
888	MICHELLE PETRUCCI	02/01/1985
889	GILIANE DAS CHAGAS	14/02/1985
890	ELAILZE MARIA DA SILVA DE MOURA	13/04/1985
892	JESSICA RODRIGUES DA SILVA	22/05/1988
893	PRISCILA DIAS DOS SANTOS	04/11/1988
894	LAIS DE CARVALHO BARBOSA	08/03/1989
895	KARINA DOS SANTOS VIEIRA	12/02/1990
896	LARISSA FERREIRA DE SOUZA	18/06/1991
897	ALINE XAVIER SANTOS GIBILISCO	10/06/1992
898	SORAYA CAMPOS DE OLIVEIRA CASTRO	12/11/1992
899	DEBORA ALINE PAIVA	31/01/1997
900	THALIA SANTOS DE SOUSA	10/03/1997
901	LARISSA DE ARAUJO MARQUES	19/03/1997
902	MARIA EDUARDA CASTILHA DE ALMEIDA	24/08/2000
903	IVETE VANDERLEI DE ALBUQUERQUE	23/03/1966
904	MÁRCIA VALÉRIA DA COSTA AMARAL	06/12/1968
905	SANDRA MARIA DAS DORES DURVALINO	14/06/1969
906	ROQUE DOS ANJOS	14/08/1969
907	ROSA MARIA SILVA	28/11/1973
908	CRISTINA ANTONIA DA SILVA	28/05/1974
909	ELENILDA DE JESUS ANJOS	10/01/1976
910	PRISCILA MALAQUIAS	29/03/1976



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

911	FABIA CRISTINA SOARES DA SILVA	23/02/1977
912	FLAVIA CRISTINA SOARES DE LIMA	15/04/1977
913	EDILENE NASCIMENTO LIMA	14/05/1977
914	DULCINARA DE JESUS RESENDE	05/08/1979
915	SONIA CLAUDIA MARQUES	11/09/1982
916	MAETE DE SOUZA SANTANA	27/10/1982
917	KELLY CAROLINE ACQUESTA MARTINS	12/07/1985
918	TALYTA MENEZES DA SILVA GARCIA	02/06/1988
919	LIDIA APARECIDA DE SOUZA RICCI	30/01/1989
920	THAINE NASCIMENTO SANTOS PROCOPIO	24/10/1989
921	FERNANDA NASCIMENTO SOARES	16/06/1990
922	ANGÉLICA SOARES ANTÔNIO DOS SANTOS	05/11/1990
923	MICHELLY GONSALVES DA SILVA	26/09/1992
924	ARIANY MESQUITA DE ALMEIDA	07/03/1993
925	DANIELI HARUMI ANDO	04/04/1996
926	FERNANDA FERREIRA LISBOA	05/07/1997
927	VALERIA CRISTINA ZAPAROLI	25/02/1998
928	KETELLEN VILMA FARIA DOS SANTOS	11/07/1999
929	ANDRESSA JENNIFER CHIZOBA NWUDE	20/06/2003
930	EDILENE BATISTA	03/04/1968
21 PCD	DIANA CONCEIÇÃO SILVA	16/05/1987
22 PCD	CARMEN SILVIA LIMA GUERRA	07/11/1977
23 PCD	JOYCE MENDES DE OLIVEIRA	07/11/1986

AUXILIAR DE APOIO A EDUCAÇÃO INCLUSIVA - AAEI

CLASS	NOME	DATA NASCIMENTO
87	MARIA LEONOR SILVA	31/07/1960
88	LUCIANA TOLENTINO MARQUES	15/06/1975
89	CICERA SOLANGE SILVA	01/04/1976
90	LUZIA CRISTINA DE LIMA RAPHAEL	03/09/1987
91	JULIANA GUEDES DA SILVA	14/03/1995
92	EDUARDA DE FREITAS ZARATINI	02/03/1998

AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL - ADI

CLASS	NOME	DATA NASCIMENTO
367	FRANCISCA DAS CHAGAS TORRES RODRIGUES	08/08/1996
369	NATÁLIA AUGUSTO GERALDO	12/10/1998
370	JANAÍNA FERNANDES DA SILVA	25/10/1999



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

371	JULIE PESSOA LOPES	05/11/2002
372	YASMIN DOS SANTOS SANTANA	10/10/2006
373	LUANA FERNANDES REIS	08/11/2006
374	MIGUEL RICARDO SANTOS GONÇALVES	29/01/2007
375	IVANA MARA GARCIA CAVARZAM	08/07/1967
376	ROSEANE LISBOA FARIAS MORAIS	23/04/1970
377	CELIA REGINA ANTUNES POSSEBAO	23/02/1972
378	ORISMAR FELIPE DA SILVA	06/04/1976
379	GISLENE CRISTINA FERREIRA	01/04/1977
380	LUCIA HELENA AP DOS SANTOS	03/07/1977
381	SILVIA REGINA FERREIRA DA SILVA APOLINARIO	17/10/1977
382	CYNTHIA LUIZA CARDOSO	26/01/1984
383	ALINE RODRIGUES SOARES DA SILVA	12/03/1986
384	TUANE CRISTINE VAZ DA SILVA RIBEIRO	04/02/1989
385	AMANDA CAROLINE RIBEIRO RAMALHO DA SILVA	30/12/1990
386	CAMILA PARREIRA BRANDÃO DOS ANJOS	30/06/1994
387	KATIELLY OLIVEIRA DA SILVA	08/07/1994
388	NATALIA OLIVEIRA DOS SANTOS	23/10/1994
389	MAYARA DO CARMO MORAES	01/10/1996

MERENDEIRA		
CLASS	NOME	DATA NASCIMENTO
281	LUCAS FERREIRA DOS SANTOS	31/05/1993
282	VANESSA VALVERDE SILVA	28/07/2001
283	MARIA LÚCIA ARAÚJO QUEIRÓZ	12/11/1968
284	ROSINALVA PEREIRA FELIPE TAVARES	19/04/1978
285	FABIA DE ARAÚJO DANTAS SANTOS	17/11/1979
286	DAIANA FERREIRA DA SILVA	07/07/1981
287	ROSANGELA ALVES DOS SANTOS	10/09/1983
288	LAÍS CRISTINA BEZERRA DE ARAUJO	01/10/1988
289	CHRISTOPHER ALECSANDER DOS SANTOS ROSA	20/06/1997
290	CAMILLY LIMA SANTANA DE OLIVEIRA	05/12/2004
291	ROSELI APARECIDA FARIAS DE OLIVEIRA	17/09/1970
292	MARIA LUIZA DE SENA SOUZA	03/04/1971
293	ADRIANA SAUNITE DE OLIVEIRA	12/08/1974
294	LILIAN GOMES DE ARRUDA	17/05/1982
295	FRANCISCO RUMMENIGGE MACIEL QUEIROZ	30/12/1983



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

296	BIANCA FIDELIS DE SOUZA	22/08/2002
297	ANA CAROLINA MORAES SANTOS	31/07/1983
298	VALDIRENE ROCHA DE ARAÚJO SENA	10/01/1986
299	VERÔNICA MARIA ARAUJO SOARES	01/06/2006
300	JOSELITA MARIA DE OLIVEIRA RODRIGUES	04/09/1961
301	MADALENA MIRON DE OLIVEIRA	11/04/1963
302	ISAURA APARECIDA DE CASTRO DA ROCHA	26/05/1963

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA II - CIÊNCIAS

CLASS	NOME	DATA NASCIMENTO
19	JORGE LUIZ DOS SANTOS SILVA	25/02/1963
20	KERLEN KLIM COSTA	02/07/1975
21	JOEDH DOS SANTOS	06/11/1988
22	MATEUS NUNES SURIANO	10/05/1995
23	MAYLA BEZERRA DA SILVA	24/09/1997
24	KARINE TEIXEIRA MONTENEGRO	19/06/1997

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA II - PORTUGUÊS

CLASS	NOME	DATA NASCIMENTO
12	FERNANDA DE PAULA	29/09/1997
13	NICOLLI AGUIAR PEREIRA	26/12/2001
14	LUANA CARUZO ROSA	06/07/1982

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA II — ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO - PEB II AEE

CLASS	NOME	DATA NASCIMENTO
44	ROSÂNGELA JONES SANTOS	17/12/1977
45	GERALDA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO SANTOS	23/06/1961
46	VANESSA CHIALE MOTA	26/10/1982
47	PRISCILA REGINA TRAJAI PERDIGÃO GRABAUSSAS	02/10/1984

CARGO	QTD VAGAS	QTD CONVOCADOS
AUXILIAR DE APOIO À EDUCAÇÃO INCLUSIVA— AAEI	2	6



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL — ADI	11	22
MERENDEIRA	11	22
PEB I	60	133
PEB II CIENCIAS	2	6
PEB II PORTUGUES	1	3
PEB II – AEE	1	4

- Os candidatos convocados deverão comparecer no Centro de Formação de Professores Miguel Arraes (Secretaria de Educação- Prédio Redondo), 10º andar, situado na Rua Rio Branco, 183- Centro, Mauá/SP, com acesso pela Rua da Matriz, para providências de escolha de vagas, de agendamento do exame médico e de entrega de documentos, munidos de cópias simples e acompanhados dos originais dos documentos abaixo relacionados e conforme o cronograma de convocação e com 15 (quinze) minutos de antecedência:
 - Diploma ou certificado do curso de formação de acordo com os requisitos exigidos para o exercício do cargo; e
 - Documento de Identificação com foto;
 - Certidão de nascimento e/ou casamento;

2. Cronograma de convocação:

CRONOGRAMA		
AUXILIAR DE APOIO À EDUCAÇÃO INCLUSIVA— AAEI – Class 87 ao 92	01/10/2026	14h
AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL — ADI- Class 367, 369 A 389	01/10/2026	14h
MERENDEIRA Class 281 A 302	01/10/2026	14h
PEB II – CIÊNCIAS Class 19 ao 24	01/10/2026	14h
PEB II – PORTUGUÊS Class 12 ao 14	01/10/2026	14h
PEB II – AEE Class 44 ao 47	01/10/2026	14h
PEB I Class 740,794,795,797,799,801,802,803,805,806,808,809, 810,812 ao 858	02/10/2026	08h30
PEB I PCD Class 21 ao 22	02/10/2026	08h30
PEB I Class 859 ao 930	02/10/2026	13h30
PEB I PCD Class 23	02/10/2026	13h30



3. O exercício dar-se-á a partir de **21 de outubro de 2026** não havendo prorrogação do exercício sob qualquer pretexto.
4. A convocação em número superior às vagas oferecidas ocorre em razão da possibilidade de desistência. Na hipótese de existirem candidatos que não tenham a oportunidade de escolha de vagas pelo esgotamento das mesmas, o candidato não perderá o direito, de acordo com a sua classificação, de assumir vagas que vierem a surgir dentro do prazo de validade do processo seletivo simplificado.
5. Assinada a ficha de escolha de vaga pelo candidato ou seu procurador, não será permitida, em hipótese alguma, troca da vaga escolhida sob qualquer pretexto.
6. Caso as vagas oferecidas não atendam à disponibilidade dos candidatos convocados, os mesmos deverão assinar termo de desistência e serão eliminados do processo.
7. A escolha de vagas se realizará no dia, horário e local acima especificados, obedecendo rigorosamente a ordem de classificação dos candidatos, sendo que os mesmos serão chamados nominalmente, utilizando-se, para tal, a lista de classificação final do processo seletivo simplificado.
8. A escolha de vaga por procuração será permitida mediante a entrega do respectivo instrumento de mandato, com autorização específica para escolha de vaga, com firma reconhecida, e apresentação do documento de identificação do procurador. A procuração ficará retida junto ao órgão de Recursos Humanos da Prefeitura de Mauá.
9. O candidato que se apresentar após sua chamada poderá escolher as vagas remanescentes, por ordem de classificação, após o último candidato presente para o horário.
10. O não comparecimento para a atribuição no dia e horário mencionado implicará na desistência e eliminação do processo seletivo simplificado.
11. As vagas serão divulgadas na data da escolha.
12. Trazer sua própria caneta. Não trazer acompanhantes.

Mauá, 25 de setembro de 2026.



Gilmar Silverio
Secretário de Educação

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO

Candidato(a),

- Os formulários a seguir deverão ser impressos e preenchidos de forma legível e sem rasura, de preferência em letra de forma maiúscula, e entregues dentro de um envelope grande, juntamente com os documentos relacionados, na data de apresentação dos documentos.
- Os documentos deverão ser entregues, rigorosamente, na ordem da lista de documentos.
- As cópias deverão ser tiradas em folha tamanho A4 e não poderão ser recortadas nem tampouco dobradas ou grampeadas.
- Não imprimir em frente e verso.
- Optando pelo convênio médico, trazer cópias extras dos documentos, conforme relacionado no Termo de Opção do Convênio.
- Caso a documentação não esteja de acordo com o estabelecido acima, o processo de admissão não terá seguimento, devendo o candidato retornar em nova data, conforme orientado pelo setor de Admissão.
- Todos os documentos exigidos são absolutamente necessários.
- Todos os documentos serão digitalizados e encaminhados ao Tribunal de Contas, portanto, documentos pequenos deverão estar centralizados e a qualidade da impressão deverá ser boa, não podendo estar borrada ou manchada ou escura.

KIT DE DOCUMENTOS – PRAZO DETERMINADO – SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

Os documentos deverão ser apresentados **originais e cópias reprográficas** (xerox) no ato da admissão e todos os documentos **deverão ser entregues na respectiva ordem**, como segue:

1) Preenchimento COMPLETO da Ficha Cadastral com letra de forma (legível e sem rasuras).

2) Declaração de Condenação.

3) Ato de Análise de Acúmulo de Cargos devidamente preenchido e assinado, mesmo quanto não tiver outro cargo, emprego ou função pública.

▪ Em caso de Acumulo de Cargo: Certidão e/ou declaração emitida pelo órgão competente em que conste cargo, função ou emprego público exercido naquele órgão, horário de trabalho (inclusive H.T.P.C.), para comprovação de acúmulo lícito de cargo, função ou emprego público, inclusive com a informação do tipo de vínculo empregatício.

4) Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico: <http://meu.inss.gov.br>

5) Extrato do CNIS, expedido pelo endereço eletrônico: <http://meu.inss.gov.br>

6) Requerimento do Auxílio-transporte devidamente preenchido e assinado, inclusive pelos candidatos que não optarem pelo benefício.

7) Termo de Opção pelo Convênio Médico: devidamente preenchido e assinado. Em caso de adesão, apresentar também os documentos relacionados no formulário. Caso não deseje aderir, assinalar a "Não Opção".

8) Consulta SisCAAnet – Tribunal de Contas, expedido pelo endereço eletrônico: <http://www.tce.sp.gov.br/siscaanet>

9) Atestado de Antecedentes Criminais, expedido pelo endereço eletrônico: <https://www2.ssp.sp.gov.br/aacweb/carrega-formulario>

▪ Obs: não serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública

10) CTPS digital. Imprimir a página de Contratos de Trabalho e o Extrato dos Outros Vínculos. Obs: Não será aceita CTPS física.

11) Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).

12) Comprovante de situação cadastral do CPF, expedido pelo endereço eletrônico: <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp>

13) Cópia do RG. Caso o RG tenha sido emitido há mais de 10 anos: trazer cópia da Carteira de Identidade Nacional – CIN.

▪ Não serão aceitos cópias de RG emitidos há mais de 10 anos.

▪ No caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro.

14) Título de Eleitor, frente e verso.

15) Certidão de Quitação Eleitoral expedida pelo endereço eletrônico: <https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>

▪ Obs: as justificativas não serão aceitas.

16) Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.

▪ Obs: após 45 anos, isento pela Lei JSM.

17) Cartão Nacional de Saúde (SUS).

18) Comprovante de residência atual no nome do candidato.

19) Comprovante de escolaridade de acordo com o exigido por lei ou no edital para o exercício do cargo (diploma de graduação de nível superior ou de nível médio, devidamente assinados – juntamente com o técnico ou histórico escolar).

20) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.

21) Certidão de Nascimento, RG, CPF e Cartão SUS dos filhos solteiros de zero até 21 anos de idade ou até 24 anos, se universitário. Obs: somente cópias.

22) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. Obs: somente cópias.

23) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais somente se estes forem dependentes no Imposto de Renda.

24) Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.

25) Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.

26) Cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício (completa);

▪ Para os candidatos isentos de apresentação do IRPF: preenchimento da declaração de bens e valores

27) Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.

28) 1 foto 3x4 recente.

29) **Declaração de Atualização Cadastral** emitida pelo TCE após o cadastramento no CadTCESP, endereço eletrônico: <http://www.tce.sp.gov.br>

▪Obs: O preenchimento dos dados NÃO pode ser feito pelo celular, devendo-se utilizar um notebook ou desktop para tal fim.

Caso o candidato já tenha sido funcionário público, deverá apresentar declaração emitida pelo órgão ao qual pertencia, com a data e o motivo do desligamento, se demitido ou exonerado a bem do serviço público em consequência de processo administrativo.

OBS: Caso os links não funcionem, copie e cole na barra de endereços do seu navegador ou digite os endereços completos.

POR GENTILEZA, NÃO DATE OS FORMULÁRIOS/DOCUMENTOS!!!!



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH
DIVISÃO DE SELEÇÃO DE DESEMPENHO E QUALIDADE FUNCIONAL

FICHA CADASTRAL

FICHA BÁSICA

NOME COMPLETO					RF	
CARGO					CLASSIFICAÇÃO	
Possui outro contrato (trabalhando) na Prefeitura de Mauá? () Não () Sim – RF nº _____						
SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE		
() M / () F			____/____/____	() Brasileira / () Estrangeira		
CTPS	SÉRIE	UF	DATA EXPEDIÇÃO	CPF		
			____/____/____			
PIS / PASEP		DATA EXPEDIÇÃO	RAÇA / COR	DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIÊNCIA	
		____/____/____		() S / () N		

FICHA COMPLEMENTAR

ENDEREÇO					
NÚMERO	COMPLEMENTO			BAIRRO	
CIDADE			CEP	TELEFONE FIXO	
TELEFONE CELULAR		CIDADE/ESTADO/PAÍS DE NASCIMENTO			
CÉDULA DE IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR / UF	DATA EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS		
		____/____/____			
Tipo de Certidão Civil: () Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento					
MATRÍCULA DA CERTIDÃO CIVIL			CARTÓRIO	DATA DA EMISSÃO	
				____/____/____	
REGISTRO Nº	LIVRO Nº	FOLHA Nº	CIDADE/ESTADO DA CERTIDÃO CIVIL		
PASSAPORTE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	UF	DATA EMISSÃO	DATA VALIDADE	
			____/____/____	____/____/____	
TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	CERTIFICADO DE RESERVISTA	CATEGORIA	
CNH	CATEGORIA	DATA EMISSÃO	DATA DA VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO	
		____/____/____	____/____/____	____/____/____	
CONSELHO PROFISSIONAL	REGISTRO NO CONSELHO	E-MAIL PARTICULAR			

SE ESTRANGEIRO NATURALIZADO

REGISTRO Nº	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	DATA EXPEDIÇÃO
			____/____/____

FICHA FAMILIAR

NOME DO PAI

DATA NASCIMENTO

____/____/____

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

() Sim / () Não

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DA MÃE

DATA NASCIMENTO

____/____/____

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

() Sim / () Não

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DO CÔNJUGE

DATA NASCIMENTO

____/____/____

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

() Sim / () Não

CIDADE NASCIMENTO

ESTADO

PAÍS

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DO FILHO

DATA NASCIMENTO

____/____/____

SEXO

() M / () F

ESTADO CIVIL

LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)

CARTÓRIO

LIVRO

FOLHA

REGISTRO Nº

CÉDULA DE IDENTIDADE

DATA EXPEDIÇÃO

UF

DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?

____/____/____

() Sim / () Não

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSO DE FORMAÇÃO

CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	

HISTÓRICO PROFISSIONAL

EMPREGOS ANTERIORES (Relacionar todos os empregos anteriores, inclusive os de vínculo público)

EMPRESA	ADMISSÃO	DEMISSÃO
	____/____/____	____/____/____
EMPRESA	ADMISSÃO	DEMISSÃO
	____/____/____	____/____/____
EMPRESA	ADMISSÃO	DEMISSÃO
	____/____/____	____/____/____
EMPRESA	ADMISSÃO	DEMISSÃO
	____/____/____	____/____/____

Assinatura do Servidor

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____ e CPF nº _____,
classificado(a) no Processo Seletivo Simplificado da Secretaria
de Educação sob o nº _____, para exercer o cargo de _____,
declaro, sob as penas da lei e para fins de posse no serviço público, que não fui
condenado(a) em sentença irrecorrível pelos crimes citados no § 3º do artigo 21, da Lei
Complementar nº 01/2002, (roubo, homicídio qualificado, abuso de confiança, falência
fraudulenta, estelionato, falsidade ou crime cometido contra a administração pública,
segurança nacional).

Declaro, ainda, que não fui demitido(a) a bem do serviço público de cargo ou
emprego público ou destituído(a) de cargo em comissão ou função pública, no período de 5
(cinco) anos, nas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Estou ciente de que a falsidade das informações prestadas implica em pena
de responsabilidade administrativa, civil e criminal, nos termos legais.

MAUÁ, ____/____/____.

Assinatura do Candidato



ATO DE ANÁLISE DE ACÚMULO DE CARGO

DADOS DO SERVIDOR

NOME _____

REGISTRO FUNCIONAL _____

TELEFONE DE CONTATO _____

☐ Estatutário Efetivo

☐ Estatutário Temporário

☐ CLT

☐ ACS / ACE

☐ Bolsista

SECRETARIA: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

CARGO OU EMPREGO: _____

DATA DO EXERCÍCIO: ____/____/____

CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____

HORÁRIO DE TRABALHO _____

Em atendimento ao disposto no Artigo 21, §8º, da Lei Complementar nº 01, de 08 de março de 2002, e artigo 16 do Decreto Municipal nº 6.465, de 27 de agosto de 2003,

DECLARO

☐ Exercer outro cargo, emprego ou função pública de: _____
conforme declaração e/ou atestado em anexo, constando o local de trabalho, endereço e o horário de trabalho, sendo que utilizarei _____ como meio de transporte, gastando no percurso _____ minutos.

☐ Não exercer outro cargo, emprego ou função pública.

☐ Exerci outro cargo, emprego ou função pública. Estou ciente de que devo entregar documento comprobatório da rescisão ou exoneração de cargo ou emprego.

☐ Estar aposentado pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS/INSS, desde ____/____/____,
Conforme Declaração de Beneficiário anexa.

☐ Ser pensionista pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS/INSS, desde ____/____/____, conforme Declaração de Beneficiário anexa.

☐ Estar aposentado por Regime Próprio pelo(a) _____
desde ____/____/____, conforme Portaria nº _____, de ____/____/____, anexa.

Declaro estar ciente de que, em caso de alteração da situação ora declarada, devo requerer expedição de novo “Ato de Análise de Acúmulo de Cargo”, onde juntarei declaração de horário do outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto Municipal nº 6.465/03.

Declaro, ainda, não estar em gozo de licença por auxílio-doença ou aposentado por invalidez.

Mauá, ____/____/____

Assinatura

PARECER DO ÓRGÃO CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS

Considerando o disposto no Art. 16, § 4º, do Decreto Municipal nº 6.465/03, e à vista dos documentos apresentados, delibero:

☐ Legalidade do acúmulo do cargo, emprego ou função pública declarados, devendo, ainda, ser observado, para o ato da nomeação, os intervalos mínimos entre os locais de trabalho, em conformidade com o disposto no § 3º, artigo 16, do Decreto Municipal nº 6.465/03 e suas alterações.

☐ Negado o requerimento de acúmulo de cargo, emprego ou função pública, por não atender às exigências previstas legalmente.

☐ Pela nomeação do candidato habilitado, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

☐ Pela alteração de jornada.

☐ Pela alteração de horário de trabalho.

☐ Pela Atribuição de Carga Suplementar de Trabalho Docente – ACSTD.

☐ Pela atribuição anual de classes/aulas, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

Mauá, ____/____/____

Assinatura



REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE
OBS. IMPRIMIR FRENTE E VERSO

TIPO DE REQUERIMENTO

☐ INCLUSÃO

☐ ATUALIZAÇÃO

☐ EXCLUSÃO DO BENEFÍCIO

☐ NÃO OPÇÃO

AUXÍLIO TRANSPORTE

LEI Nº 3.901, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2005

- **Art. 3º** O Auxílio Transporte constitui benefício que será concedido pela Administração aos seus servidores, para utilização efetiva em despesas de deslocamento da residência para o trabalho e vice-versa.
- § 1º Será utilizado no sistema de transporte coletivo público urbano ou interurbano com características semelhantes aos urbanos, geridos diretamente ou mediante concessão ou permissão de linhas regulares, excluídos os serviços ou meios de transportes seletivos, especiais e rodoviários.
- § 2º Será restrito aos servidores em efetivo exercício de suas funções.
- § 3º Será restrito aos dias de trabalho e no limite de 50 (cinquenta) deslocamentos mensais, considerando-se como unidade um deslocamento, em qualquer direção, de sua residência para o local de trabalho e vice-versa, excetuadas aquelas realizadas nos deslocamentos em intervalos para repouso ou alimentação, durante a jornada de trabalho.
- **Art. 4º** O Auxílio Transporte será custeado:
- I) pelo Servidor, em parcela equivalente a 3% (três por cento) do vencimento básico ou salário base, excluídos quaisquer adicionais ou vantagens; II) pela Administração, por meio de bilhetagem eletrônica ou em pecúnia, de natureza jurídica indenizatória, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com o transporte coletivo, nos termos do art. 3º desta Lei, excedentes ao valor apurado no inciso I." (Atualização dada pela Lei nº 5.784, de 22 de novembro de 2021)
- **Art. 7º** A utilização indevida do Auxílio Transporte caracteriza falta grave passível de demissão, sujeitando o responsável às penalidades previstas em Lei, assim como a suspensão ou cassação definitiva do benefício.

DECRETO Nº 6.465, DE 27 DE AGOSTO DE 2003:

- **Art. 144 - §1º** As ocorrências de faltas, abonadas, justificadas ou injustificadas, licenças e afastamentos de qualquer natureza, implicam no desconto do valor correspondente à respectiva quantidade de dias na antecipação do mês subsequente.
- §2º Somente farão jus ao vale-transporte os servidores cuja localização relativa residência/trabalho, **que será avaliada pelo Órgão Central de Recursos Humanos**, justifique a concessão do benefício.

DADOS DO SERVIDOR

NOME DO SERVIDOR		REGISTRO FUNCIONAL
CARGO		CARGA HORÁRIA SEMANAL
SECRETARIA	LOCAL DE TRABALHO	TEL. LOCAL DE TRABALHO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AV.	Nº	
MUNICÍPIO	BAIRRO	TEL. RESIDENCIAL
		TEL. CELULAR

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

	(*1) CÓD. TRANSP.	QTD. IDA e VOLTA	Nº DA LINHA	INFORMAR: EMPRESA + CIDADE + NOME DA LINHA Caso use Trem ou Metrô, Informar se a recarga deve ser no Bilhete Único ou TOP	Bilhete Único	TOP	VALOR UNITÁRIO	ESCALA - NÃO PREENCHER
1								
2								
3								
4								VISTO

(*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

OS = ÔNIBUS SIMPLES
OM = ÔNIBUS / METRÔ
EMTU = TRÔLEIBUS
MT = METRÔ
MO = METRÔ / ÔNIBUS
TS 2 = TREM SUBÚRBIO CPTM

(*2) CÓDIGO DADP (PREENCHIDO NO DADP).

TS 3C = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
TS 3BJ = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (BARUERI / JANDIRA / ITAPEVI)
TS 3 O = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO)
TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CAPITAL)
OI = ÔNIBUS INTERMUNICIPAL
IT = INTEGRAÇÃO TRÔLEBUS + ONIBUS (DIADEMA ou SÃO MATHEUS)

TERMO DE COMPROMISSO / AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

- Para fazer uso do sistema de Auxílio Transporte, declaro que resido no endereço acima descrito, com a respectiva apresentação do comprovante de endereço, conforme disposto no artigo 4º, parágrafo único do Decreto 6894/06.
- Comprometo-me a atualizar as informações supra, anualmente ou sempre que ocorrerem alterações, e a utilizar o Auxílio Transporte que me for concedido exclusivamente quando da utilização do sistema de transporte coletivo no percurso residência- trabalho e vice-versa.
- Estou ciente de que, na hipótese de infringir tal compromisso, a Prefeitura do Município de Mauá poderá dispensar-me por Justa Causa, nos termos do artigo 7º, § 3º do Decreto nº 95.247/87, ou demitir-me em razão da aplicação das penalidades cabíveis, nos termos do disposto no artigo 7º da Lei Municipal 3901 de 29/12/2005.
- Cabe ao servidor apurar se há vantagem e optar pelo recebimento ou não deste benefício, pois o desconto será sempre de 3% (três por cento) sobre o salário base/vencimento, ainda que os valores recebidos a título de Auxílio Transporte pelo Servidor sejam inferiores a este;
- É de responsabilidade do servidor ingressante providenciar os cartões de transporte que serão utilizados e que não sejam providenciados pela Prefeitura de Mauá, como por exemplo os cartões TOP (Governo Estado) e Bilhete Único (Prefeitura de SP)

AUTORIZO A CGP (COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS) A DESCONTAR MENSALMENTE DE MEUS VENCIMENTOS, ATÉ O LIMITE DE 3% (TRÊS POR CENTO) DO MEU SALÁRIO, O VALOR DESTINADO A COBRIR O PAGAMENTO DO AUXÍLIO TRANSPORTE POR MIM UTILIZADO.

Mauá, _____ de _____ de _____
Servidor (Assinatura)

MANIFESTAÇÃO DA CGP

De acordo com o Art. 3º da LM 3901/2005 c/c Art. 2º do Decreto 6894/06, **CONCEDO** o benefício.

____/____/____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal (Assinatura)

Cadastro do Benefício

____/____/____

Responsável pelo Cadastro (Assinatura)

INDEFERIMENTO

À

Indefiro conforme justificativa abaixo. Cientificar o Servidor.

Em ____/____/____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal (Assinatura)

DECRETO Nº6894 DE MAIO DE 2006

- Art. 4º Para fazer jus e perceber mensalmente o auxílio transporte, o Servidor deverá requerer o benefício em formulário próprio, constante do Anexo Único deste Decreto, juntamente com a apresentação de comprovante de residência, e autorizar o desconto de 3% (três por cento) do salário/vencimento-base em folha, para composição do custeio do benefício.
- Parágrafo único. **Serão aceitos para a comprovação de residência os seguintes documentos, por ordem de preferência:**
- I. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome do Servidor ou de seus ascendentes, acompanhadas da prova de filiação (cópia do RG ou Certidão de Nascimento), emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias;
- II. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome de cônjuge ou de seus ascendentes, emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias, desde que acompanhada de cópia da Certidão de Casamento;
- III. cópia de contrato de locação onde conste o nome do Servidor ou de seu cônjuge, neste caso acompanhada de cópia da Certidão de Casamento;
- IV. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome de terceiros, emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias, acompanhadas de cópia de correspondência de Instituição Bancária Pública ou Privada, ou ainda administradora de cartão de Crédito, cuja identificação do Servidor (nome e endereço do titular) esteja impressa no próprio envelope, devidamente carimbado pelos Correios, com data de expedição de no máximo 90 (noventa) dias;
- V. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome de terceiros, emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias, acompanhadas de Certidão de Matrícula em Instituição de Ensino Fundamental, Médio ou Superior, do exercício corrente, onde conste o nome do Servidor e o endereço residencial, correspondente à conta apresentada;
- VI. notificação do Imposto de Renda do último exercício ou recibo da Declaração referente ao exercício em curso, em nome do Servidor, onde conste o endereço declarado;
- VII. atestado de residência firmado por autoridade policial ou judicial.



CONVÊNIO MÉDICO - TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR				
NOME DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO
TIPO DE REQUERIMENTO				
☐ OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO ☐ NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO				
EMPRESA CONTRATADA				
"CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)"				
TIPO DE PLANO				
☐ FAMILIAR BÁSICO: R\$ 296,47 ☐ FAMILIAR SUPERIOR: R\$ 882,65				
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
- DO TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia do Comprovante de Residência e 01 Cópia do cartão do SUS. - DO CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da <u>Certidão de Casamento</u> e 01 Cópia do cartão do SUS. - DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = 01 Cópia da <u>Certidão de União Estável</u>, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do cartão do SUS. - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANO = 01 Cópia da Certidão de Nascimento, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS. - DE FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QUE ESTEJA CURSANDO FACULDADE E DESEJE UTILIZAR O CONVÊNIO MÉDICO ATÉ COMPLETAR 23 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do Cartão do SUS e 01 Cópia da Declaração de Matrícula na Faculdade. Obs. 1 - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH. Obs. 2 - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor).				
DEPENDENTES (1)				
1	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
2	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
3	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
4	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
TERMO DE COMPROMISSO				
Declaro estar ciente: - Os beneficiários terão até 30 (trinta) dias para se manifestar o interesse em ingressar no plano, isentos do cumprimento de carências, e sem quaisquer restrições, observando a Resolução Normativa - RN no. 195 da ANS e suas alterações. - A inclusão de cônjuge ou filhos recém-nascidos, deverá ser feita até 30 (trinta) dias, após a data do casamento ou nascimento, no caso de companheira (o), de acordo com a legislação, mediante a apresentação das respectivas certidões; - Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada e que ao requerer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos terei minha opção pelo uso do Convênio Médico excluída, assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimento de carências estipulados em contrato. Mauá, ____ de ____ de ____ Servidor (Assinatura)				

PARA USO DO DADP	
Deliberamos pela:	
Concessão do Benefício.	
Não Concessão. Motivo: _____	
Obs.: _____	
Responsável _____	Registro funcional _____ Data ____ / ____ / ____



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Formulário de declaração de bens e valores para servidores dispensados da apresentação da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física à Receita Federal do Brasil

Eu, _____, Registro Funcional _____, portador do CPF _____, ciente dos termos da Lei Federal nº 8.429, de 02/06/1992, declaro que estou dispensado de apresentar a Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física à Receita Federal do Brasil, bem como que:

☐

Não possuo bens e valores

☐

Apresento a Declaração de Bens e Valores que compõem o meu patrimônio:

Item	Discriminação	Valor

Mauá, ____ de _____ de ____

Assinatura

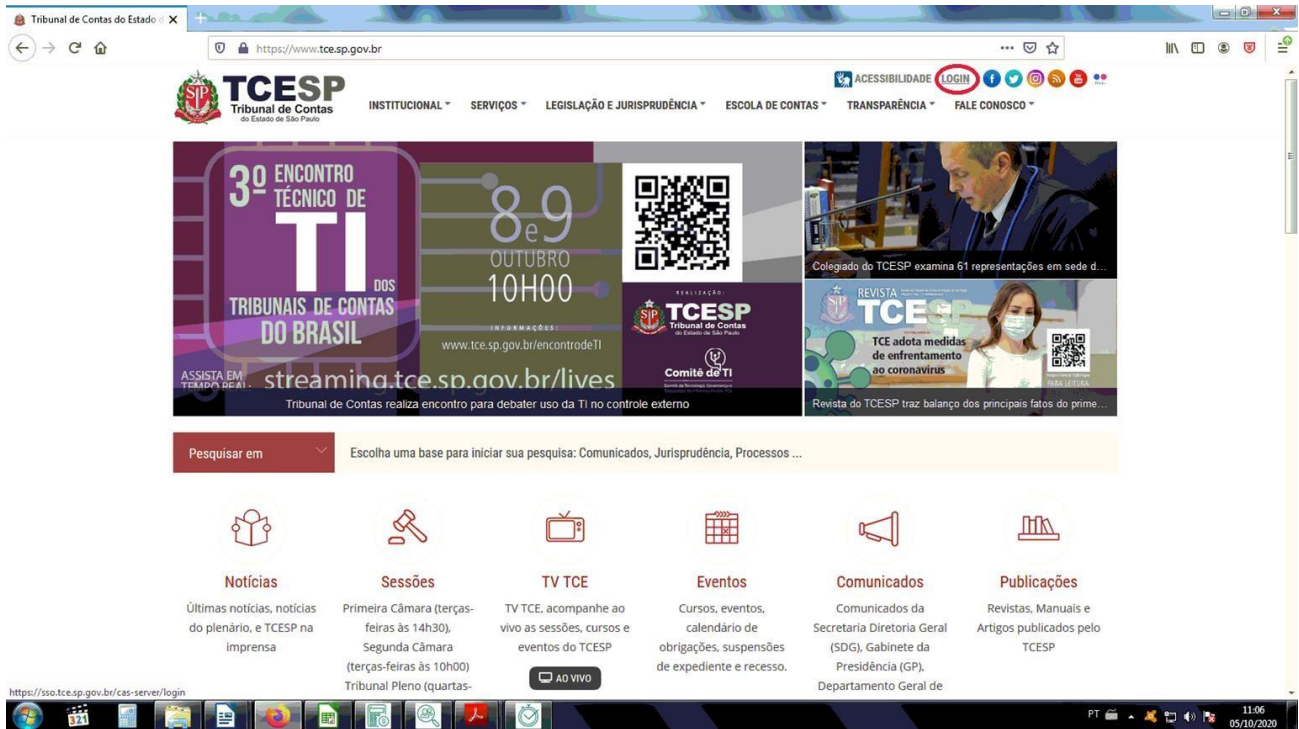
Recebido em: ____/____/____

Carimbo/Nome/Assinatura/RF
Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

CADASTRO NO CadTCESP (Obrigatório para todos os servidores concursados e contratados a partir de 22/09/2020)

1. Acessar o site <http://www.tce.sp.gov.br>
2. Clicar em **login** (em destaque)



3. Clicar em “Não possuo uma conta”



4. Preencher os campos

The screenshot shows the registration page of the TCEP Portal de Sistemas. The page has a header with navigation links: PORTAL INSTITUCIONAL, FALE CONOSCO, MINHA CONTA, and LOGIN. The main heading is "Tribunal de Contas do Estado de São Paulo Portal de Sistemas". Below this, there is a section titled "Cadastro de Usuário" with an observation: "OBS.: Caso já possua uma conta atrelada ao seu CPF, acesse o Portal e proceda com a alteração do e-mail na opção Minha Conta disponível na barra superior". The form includes fields for "Nome:", "Email:", "Confirma E-mail:", and "CPF:". There is a checkbox for "Não sou um robô" and a reCAPTCHA widget. At the bottom, there are buttons for "Voltar" and "Cadastrar".

5. Clicar no botão “Cadastrar”.

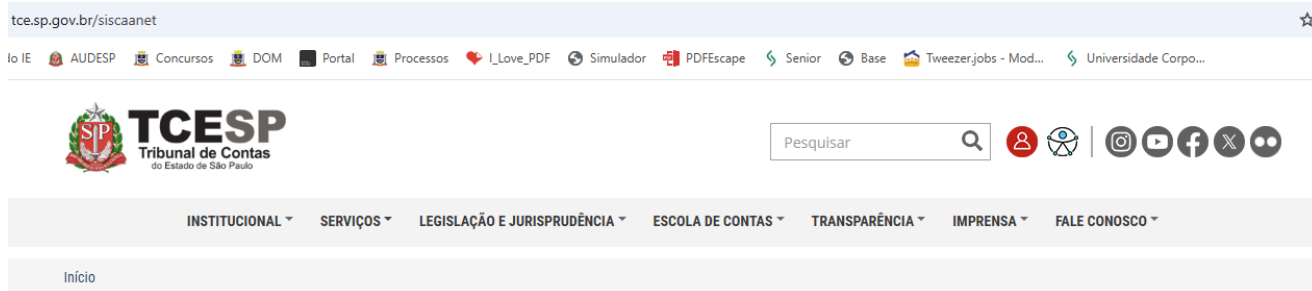
6. Você será direcionado à seguinte página, onde você deverá preencher todos os dados solicitados.

The screenshot shows the user profile page after registration. The page has a header with the TCEP logo and the text "Cadastro TCEP". The main heading is "Cadastro TCEP". Below this, there is a section titled "DADOS PESSOAIS" with a sub-heading "Edição de Dados". The form includes fields for "Nome:", "Data de Nascimento:", "Sexo:", "Nome Social:", and "Identidade de Gênero:". There is a checkbox for "Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, declaro que li e concordo com a Política de Privacidade do TCEP:". At the bottom, there are buttons for "EDITAR DADOS", "GERAR CERTIFICADO", and "SAIR".

6. Após inclusão de todos os dados solicitados, clicar em “Gerar Certificado”.

Orientações para o SisCAANet

1. Selecione termo de pesquisa, conforme imagem abaixo. A pesquisa deverá ser feita pelo número do PIS/PASEP ou NIT, a fim de evitar homônimos.



SisCAANET

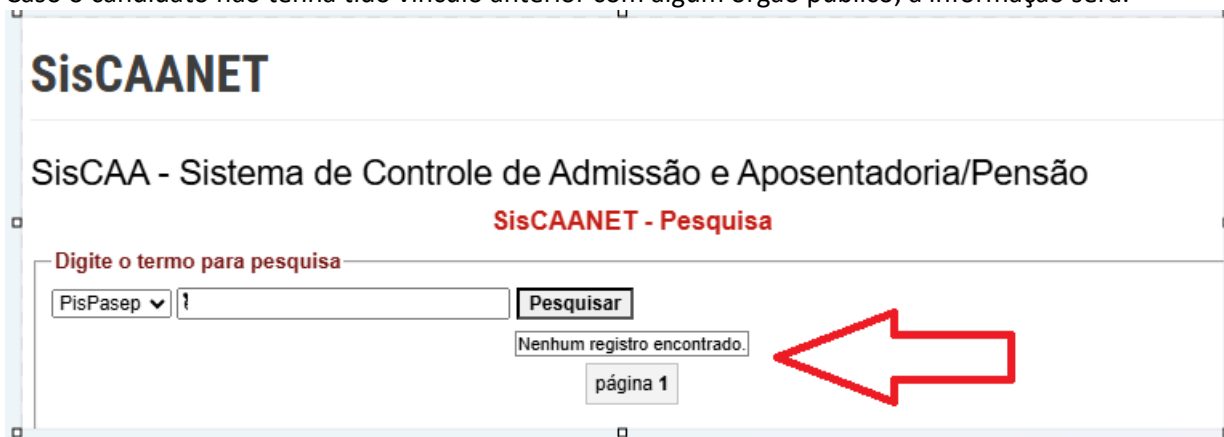
SisCAA - Sistema de Controle de Admissão e Aposentadoria/Pensão

SisCAANET - Pesquisa

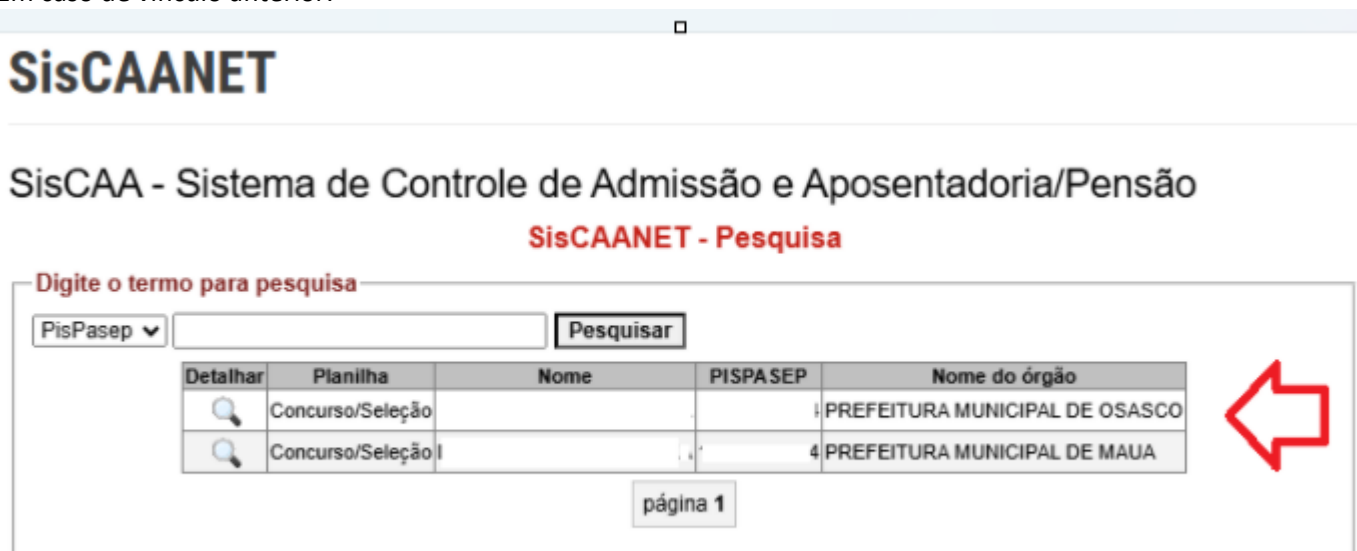
Selecione o termo para pesquisa

- Selecione
- PisPasep
- Nome
- Processo
- Registro

2. Caso o candidato não tenha tido vínculo anterior com algum órgão público, a informação será:



3. Em caso de vínculo anterior:



Exemplos de documentações:

Declaração de Benefício do INSS



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

05/05/2026 19:43:03

Declaração de Benefícios

Declaramos que NÃO CONSTA no Sistema Único de Benefícios, nesta data, benefícios ativos que possuam como titular o CPF nº 364.768.123.456.789-01 **JOAO SILVA**

Brasília, DF, 05/05/2026

Ana Cristina Viana Silveira
Presidente do INSS

Extrato do CNIS (modelo da 1ª página, o documento precisa ser impresso por completo)



INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário

Página 1 de 6

05/05/2026 10:22:47

NIT: 123.45678.90-1 CPF: 123.456.789-01 Nome: JOAO SILVA
Data de nascimento: 14/03/1989 Nome da mãe: MARIA SILVA

Relações Previdenciárias

Seq.	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filhado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
1	123.45678.90-1 12.345.678/0001-90 EMPRESA MODELO LTDA	Empregado ou Agente Público	02/05/2005	13/09/2005	09/2005
Remunerações					
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
05/2005	390,24		06/2005	405,60	
08/2005	405,60		09/2005	108,21	

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filhado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
2	123.45678.90-1	12.345.678/0001-90	COMERCIO MODELO LTDA		Empregado ou Agente Público	19/06/2007	07/02/2008	02/2008
Remunerações								
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
06/2007	11,62		07/2007	74,00		08/2007	467,30	
09/2007	467,30		10/2007	467,30		11/2007	498,98	
12/2007	498,98							
01/2008	498,98		02/2008	116,43				

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts. 19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99.
O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RPPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art. 195 da CF/1988 e art. 29 da EC 103/2019.

Antecedente Criminal



Secretaria da Segurança Pública
IIRGD - Instituto de Identificação Ricardo Gumbleton Daunt



Atestado de Antecedentes Criminais

Documento Informado:	RG
Nome:	JOAO SILVA
Nº RG de SP:	12345678 - 9
Filiação:	JOSE SILVA MARIA SILVA
Data de Nascimento:	02/12/1985

QR REMOVIDO

Atesto que, para a combinação de dados de qualificação acima informada, **NÃO** existe registro de antecedentes judiciário-criminais, até a presente data, no Instituto de Identificação Ricardo Gumbleton Daunt.

IMPORTANTE:

Este atestado é válido somente com a apresentação de documento de identidade oficial com os mesmos dados de qualificação acima indicados.

Fernando Costa Anavado
Delegado Divisorário de Polícia

Este atestado foi emitido em 24/09/2026, às 14:57 horas e está disponível para consulta no endereço da internet:
<http://www2.ssp.sp.gov.br/aacweb/validacao-atestado>, informando o código abaixo:

CODIGO DE VALIDACAO REMOVIDO - MODELO ANONIMIZADO

Carteira Digital

14:43

Olá, [nome]
CPF: [CPF]
NÃO É VÁLIDO COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Pescador e pescadora artesanal, Seguro-Defeso agora é no MTE.
[CLIQUE AQUI PARA SOLICITAR](#)

Contratos de Trabalho Digitais

Outros vínculos de trabalho

Enviar Carteira de Trabalho Digital

Imprimir esses dois documentos

Carteira

Salário

Agenda

Documentos

Menu

Declaração de Atualização Cadastral



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **JOÃO DA SILVA**, CPF **123.456.789-10**, atesto que na data de **27/08/2025 às 12:30:24** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **joao@gmail.com**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP: