



PORT/GGDRH/Nº 66.785 de 17 de junho de 2025

MARCELO OLIVEIRA, Prefeito do Município de Mauá, com fundamento no artigo 92, inciso II, alínea "a" da Lei Orgânica do Município, e tendo em vista o resultado final e homologação do Concurso Público nº 01/2023, Processo Administrativo nº 5741/2023, **resolve**:

Artigo 1º — Nomear, a partir de **16/07/2025** em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo I da presente portaria, para os respectivos cargos.

Artigo 2º — A posse dar-se-á em **30/07/2025**.

Artigo 3º — O exercício dar-se-á em **04/08/2025**.

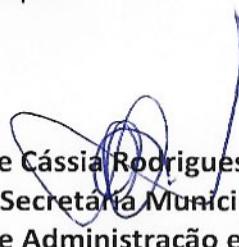
Artigo 4º — Para providências de nomeação, posse e exercício, previstos nos artigos 8, 21 a 25 da Lei Complementar nº 01, sob pena do contido no § 5º do artigo 22 e “caput” do artigo 25 da respectiva Lei, os candidatos nomeados deverão comparecer e cumprir obrigatória e rigorosamente todos os prazos e orientações descritos nesta portaria.

Artigo 5º — Os procedimentos referentes a documentação e formulários estão disponíveis no Anexo III da presente portaria e deverão ser rigorosamente providenciados conforme instruções descritas no anexo.

Prefeitura do Município de Mauá, 16 de maio de 2025


Marcelo Oliveira
Prefeito

Publique-se na imprensa local, nos termos da Lei Orgânica do Município


Eleni de Cássia Rodrigues Rubinelli
Secretaria Municipal
Secretaria de Administração e Modernização



CONVOCAÇÃO PARA ATRIBUIÇÃO DE VAGAS

1. Os candidatos convocados para o cargo de Médico Generalista, deverão comparecer na Av. Capitão João, nº 2301, Vila Vitória, Mauá, para providências de esclarecimento a respeito da documentação e assinatura de ciência da convocação, **acompanhados dos originais dos documentos abaixo relacionados e conforme cronograma de convocação (Anexo II) e com 15 (quinze) minutos de antecedência:**

- a) Diploma ou certificado do curso de formação de acordo com os requisitos exigidos para o exercício do cargo;**
- b) Certidão e/ou declaração emitida pelo órgão competente em que conste cargo, função ou emprego público exercido naquele órgão, horário de trabalho para comprovação de acúmulo lícito de cargo, função ou emprego público, inclusive com a informação do tipo de vínculo empregatício; (Somente para cargos permitidos o acúmulo lícito de cargo)**
- c) Documento de identificação com foto.**

2. Os candidatos convocados para os cargos de Assistente Administrativo, Auxiliar de Apoio Operacional e Orientador Social, deverão comparecer na Av. João Ramalho, 205, Vila Noêmia, Mauá, Paço Municipal, munidos dos documentos constantes no Anexo III desta portaria e documento de identificação com foto, conforme cronograma contido no Anexo II.

3. As vagas serão direcionadas de acordo com a necessidade da Prefeitura, **não havendo possibilidade de escolha de local e horário de trabalho**, exceto para Professores e cargos privativos para a área da Saúde com profissões regulamentadas, conforme art. 37, XVI, alíneas “a”, “b” e “c” da Constituição Federal.

4. Caso as condições oferecidas não atendam à disponibilidade dos candidatos, os mesmos deverão assinar termo de desistência e serão eliminados do concurso público.

5. A escolha de vagas (para cargos permitidos o acúmulo lícito de cargo) e a assinatura de ciência da convocação se realizará no dia, horário e local estabelecidos, obedecendo rigorosamente a ordem de convocação/classificação, sendo que os mesmos serão chamados nominalmente, utilizando-se, para isso, a lista de classificação final.

6. O não comparecimento no dia e horário mencionado na convocação, conforme descrito no Anexo II, implicará na desistência e eliminação do concurso público, não cabendo recurso.

7. A entrega de documentos **para todos os candidatos, para todos os cargos** será na Av. João Ramalho 205, Paço Municipal, nas datas e horários conforme descrito no cronograma de convocação (Anexo II) e munidos dos documentos constante no Anexo III desta portaria.



CONVOCAÇÃO PARA EXAME ADMISSIONAL

I – Ampla concorrência

1. A convocação para exame médico pré-admissional obedecerá rigorosamente à ordem de classificação dos candidatos aprovados no cargo de sua opção, observada a necessidade da Prefeitura do Município de Mauá.
2. Os candidatos convocados, conforme Anexo II da presente portaria, deverão comparecer ao Departamento de Saúde no Trabalho, no 1º andar do Paço Municipal, na Avenida João Ramalho 205, Mauá/SP, nas datas e hora indicadas.
3. Estando o candidato incapacitado por razões médicas de comparecer na data indicada, poderá encaminhar um familiar que, por meio de documento comprove o grau de parentesco, apresentando ainda a Cédula de Identidade do candidato e laudo médico de incapacidade, justificará sua ausência e solicitará prorrogação do exame médico.
4. Caso seja testado positivo para a COVID-19, encaminhar atestado médico e resultado do teste. Endereço eletrônico: concursos@maua.sp.gov.br. A justificativa deverá ser encaminhada até 24h da sua apresentação para atribuição de vagas/exame médico admissional/entrega de documentos. O encaminhamento posterior implicará na desistência da vaga e eliminação do presente concurso público.
5. Os candidatos convocados **deverão realizar, às suas expensas, os exames médicos exigidos para cada cargo**, conforme descrito no **Anexo I**, e outros exames e/ou procedimentos que forem julgados necessários pelo Médico do Trabalho.
6. O Departamento de Saúde no Trabalho, caso entenda necessário, poderá exigir a realização de exames complementares, além daqueles descritos no Anexo I, em razão da especificidade do cargo e função a ser ocupado pelo candidato, concedendo um prazo adicional máximo de 10 (dez) dias para a entrega dos resultados e realização de novo exame médico.
7. Os exames exigidos no Anexo I, bem como os possíveis exames complementares, deverão apresentar seus laudos datados de, no máximo, 30 (trinta) dias para exames de sangue, urina e fezes e, no máximo 90 (noventa) dias para exames com laudo e imagem, anteriores à data da marcação do exame médico pré-admissional (Anexo II).
8. **A realização dos exames é de responsabilidade do próprio candidato, ocorrerá às suas expensas, em laboratório de livre escolha.**
9. Os candidatos considerados inaptos no exame médico pré-admissional terão sua nomeação revogada, conforme item 9.10 do edital de abertura de inscrições.
10. **Será eliminado do concurso público, o candidato que não entregar os resultados de exames admissionais ao Departamento de Saúde no Trabalho, no prazo estabelecido nesta nomeação/convocação (Anexo II)**



11. No exame médico pré-admissional, todos os candidatos deverão responder ao questionário de antecedentes clínicos, que lhe será fornecido na data da realização do exame.

12. Na data da realização do exame médico pré-admissional, o candidato deverá apresentar os seguintes documentos:

a. Documento original de identidade, com foto e assinatura

b. Resultado original dos exames médicos, conforme descrito no Anexo I, com respectivos laudos.

13. Na falta do documento de identificação e/ou resultado dos exames médicos, o candidato não será submetido ao exame médico pré-admissional, sendo, portanto, eliminado do concurso público.

14. A relação dos exames é o contido no Anexo I.

15. O resultado de aptidão do exame médico pré-admissional (Atestado de Saúde Ocupacional) deverá ser apresentado no ato da entrega da documentação admissional, caso já tenha realizado o exame. Caso realize o exame médico pré-admissional após a entrega da documentação admissional, este deverá ser entregue na Gerência de Recursos Humanos no mesmo dia do exame.

II – Portadores de deficiência

1. O candidato inscrito como portador de deficiência, paralelamente à realização do exame médico pré-admissional de que trata esta portaria, será submetido à inspeção médica para caracterização de deficiência declarada no momento de inscrição no concurso público, trazendo consigo laudo médico comprovando a deficiência emitido nos últimos 90 dias.

2. A inspeção médica será realizada pelo Departamento de Saúde no Trabalho que decidirá sobre a caracterização do candidato como portador de deficiência, segundo os critérios dispostos no artigo 4º, do Decreto Federal nº 3.298/1999, e alterações, e verificará a compatibilidade da deficiência com o exercício do cargo.

3. Concluindo a inspeção médica pela não caracterização de deficiência do candidato, para fins de reserva de vagas, o candidato será excluído da lista de classificação específica de portadores de deficiência e permanecerá na lista de classificação da ampla concorrência.

4. O candidato portador de deficiência deverá obedecer ao disposto aos candidatos de ampla concorrência (itens 1 a 15 do inciso anterior).



ANEXO I

Exames Médicos e Laboratoriais

Assistente Administrativo

1. Avaliação Oftalmológica
2. Ultrassonografia de punhos bilateral com laudo
3. Carteira de Vacinação(Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Auxiliar de Apoio Operacional

1. RX de Coluna lombar com laudo
2. Ultrassonografia de ombros bilateral com laudo
3. Carteira de Vacinação(Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Médicos

1. Avaliação Oftalmológica
2. Anti-HCV e Anti-HBS
3. Hemograma Completo
4. Carteira de Vacinação(Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Orientador Social

1. Carteira de Vacinação(Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Avaliações Otorrinolaringologista, Oftalmologista e Exames de imagem têm validade de 3 meses.

Demais exames laboratoriais têm validade de 30 dias

Demais Exames Laboratoriais têm validade de 30 dias.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH

ANEXO II – PORTARIA Nº 66.785

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admisional
3 PCD – 197 LG	5	CLÁUDIA CRISTINA MAGALHÃES	02/07/25 – 9h	02/07/25 – 9h	21/07/25 – 11h

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admisional
24	20	EROS SILVA	02/07/25 – 9h	02/07/25 – 9h	21/07/25 – 11h30

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES

AUXILIAR DE APOIO OPERACIONAL

Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admisional
7 LN – 57 LG	13	KÉLVIN DIAS DOS SANTOS	02/07/25 – 9h	02/07/25 – 9h	22/07/25 – 8h30
18	16	JOAO RODRIGO CAMPOS	02/07/25 – 9h	02/07/25 – 9h30	22/07/25 – 9h
19	17	FERNANDO DE MORAES VIEIRA	02/07/25 – 9h	02/07/25 – 9h30	22/07/25 – 9h30

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES

ORIENTADOR SOCIAL

Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admisional
14	2	MARIANE ALVES BATISTA	02/07/25 – 9h	02/07/25 – 9h30	22/07/25 – 10h

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES

MÉDICO GENERALISTA

Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admisional
13	1	JACKSON TEIXEIRA SANTOS	30/06/25 – 9h	02/07/25 – 10h30	22/07/25 – 10h30
14	2	NATÁLIA MENDES PEREIRA	30/06/25 – 9h	02/07/25 – 10h30	22/07/25 – 11h
2 LN – 16 LG	3	ELITON DE JESUS DAS GRAÇAS RAMOS	30/06/25 – 9h	02/07/25 – 10h30	22/07/25 – 11h30

ANEXO III

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.

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.

CONCURSO 01/2023

Alguns documentos devem ser pesquisados em sites e impressos, sem a necessidade de cópias, são eles:

- I. Consulta SisCAAnet – Tribunal de Contas:
<http://www.tce.sp.gov.br/siscaanet>
- II. Atestado de Antecedentes Criminais expedido pela Secretaria de Segurança Pública:
<https://www2.ssp.sp.gov.br/aacweb/carrega-formulario>
- III. Comprovante de situação cadastral do CPF:
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp>
- IV. Certidão de Quitação Eleitoral:
<https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
- V. Declaração de beneficiário do INSS
<http://meu.inss.gov.br>
- VI. Atualização cadastral emitida pelo TCE:
<http://www.tce.sp.gov.br>

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

*Os demais 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. E, caso o candidato tenha outro cargo, emprego ou função pública, apresentar declaração do outro órgão constando carga horária, dias e horários de trabalho.
- 4) Declaração de Beneficiário do INSS, expedida pelo endereço eletrônico citado no **item V**.
- 5) Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção.
- 6) Termo de opção de convênio médico, juntamente com os documentos relacionados no formulário em caso de opção.
- 7) Consulta SisCAAnet – Tribunal de Contas, expedido pelo endereço citado no **item I**.
- 8) Atestado de Antecedentes Criminais, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item II**.
 - **Obs:** não serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública.
- 9) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS): original e cópias das páginas da foto e do verso da foto. E da comprovação de experiência para cargos em que são exigidos por lei.
 - Caso não tenha a Carteira de Trabalho: imprimir a Carteira de Trabalho Digital (que poderá ser obtida pelo aplicativo oficial, na loja de aplicativos).
- 10) Comprovante de cadastro no PIS/PASEP/NIS/NIT.
 - Caso seja o primeiro emprego, o candidato deverá comparecer a uma agência da Caixa para pegar um documento que comprove que não há nenhum PIS em seu nome e também ao Banco do Brasil para a negativa do PASEP.
- 11) Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- 12) Comprovante de situação cadastral do CPF, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item III**.
- 13) Cédula de Identidade (RG).
 - No caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro.
- 14) Título de Eleitor, juntamente com a certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no **item IV**.
 - **Obs:** as justificativas não serão aceitas.
- 15) Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.
 - **Obs:** após 45 anos, isento pela Lei JSM.

- 16) Cartão Nacional de Saúde (SUS).
- 17) Comprovante de residência atual no nome do candidato.
- 18) 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).
- 19) Certificados de cursos específicos quando a lei, o edital e cargo assim exigirem.
- 20) Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir.
- 21) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.
- 22) 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.
- 23) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.
- 24) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais **somente** se estes forem dependentes no Imposto de Renda.
- 25) Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.
- 26) Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.
- 27) 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.
- 28) Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedido pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.
- 29) 1 foto 3x4 recente.
- 30) Declaração de Atualização Cadastral emitida pelo TCE após o cadastramento no CadTCESP, citado no **item VI**.
 - Obs: O preenchimento dos dados NÃO PODERÁ ser feito pelo celular, devendo-se utilizar um notebook ou desktop para tal fim.
- 31) A Prefeitura de Mauá, caso entenda necessário, a qualquer momento poderá solicitar outros documentos, os quais serão solicitados em tempo hábil e de forma inequívoca.

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 (por



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 LG / Lista Especial
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
		____ / ____ / ____			() S / () N
					DEFICIÊNCIA

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
				____ / ____ / ____
PAÍS DE NASCIMENTO		ESTADO/PROVÍNCIA DE NASCIMENTO		CIDADE DE NASCIMENTO

FICHA FAMILIAR

NOME DO PAI

DATA NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	DEPENDENTE I.R.
____ / ____ / ____			(<input type="checkbox"/>) Sim / (<input type="checkbox"/>) 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.
____ / ____ / ____			(<input type="checkbox"/>) Sim / (<input type="checkbox"/>) 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.
____ / ____ / ____			(<input type="checkbox"/>) Sim / (<input type="checkbox"/>) 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	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)
____ / ____ / ____	(<input type="checkbox"/>) M / (<input type="checkbox"/>) F		
CARTÓRIO		LIVRO	FOLHA
CÉDULA DE IDENTIDADE		DATA EXPEDIÇÃO	UF
		____ / ____ / ____	
			DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?
			(<input type="checkbox"/>) Sim / (<input type="checkbox"/>) 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 N°
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO		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 N°
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO		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 N°
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO		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 N°
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO		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
			_____ / _____ / _____	
			_____ / _____ / _____	SITUAÇÃO
			_____ / _____ / _____	SITUAÇÃO

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			_____ / _____ / _____	
			_____ / _____ / _____	SITUAÇÃO
			_____ / _____ / _____	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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH

ATO DE ANÁLISE DE ACÚMULO DE CARGO

DADOS DO SERVIDOR				
NOME				
REGISTRO FUNCIONAL	TELEFONE DE CONTATO			
<input type="checkbox"/> Estatutário Efetivo	<input type="checkbox"/> Estatutário Temporário	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> ACS / ACE	<input type="checkbox"/> Bolsista
SECRETARIA:				
LOCAL DE TRABALHO:				
CARGO OU EMPREGO:				
DATA DO EXERCÍCIO:	____ / ____ / ____	CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____		
HORÁRIO DE TRABALHO				
<p>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,</p>				
DECLARO				
<input type="checkbox"/> 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.				
<input type="checkbox"/> Não exercer outro cargo, emprego ou função pública.				
<input type="checkbox"/> Exerci outro cargo, emprego ou função pública. Estou ciente de que devo entregar documento comprobatório da rescisão ou exoneração de cargo ou emprego.				
<input type="checkbox"/> Estar aposentado pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS/INSS, desde ____/____/____, Conforme Declaração de Beneficiário anexa.				
<input type="checkbox"/> Ser pensionista pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS/INSS, desde ____/____/____, conforme Declaração de Beneficiário anexa.				
<input type="checkbox"/> Estar aposentado por Regime Próprio pelo(a) _____ desde ____/____/____, conforme Portaria nº _____, de ____/____/____, anexa.				
<p>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.</p>				
<p>Declaro, ainda, não estar em gozo de licença por auxílio-doença ou aposentado por invalidez.</p>				
Mauá, ____/____/____				
Assinatura				

PARECER DO ÓRGÃO CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS	
<p>Considerando o disposto no Art. 16, § 4º, do Decreto Municipal nº 6.465/03, e à vista dos documentos apresentados, delibero:</p>	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Negado o requerimento de acúmulo de cargo, emprego ou função pública, por não atender às exigências previstas legalmente.	
<input type="checkbox"/> Pela nomeação do candidato habilitado, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.	
<input type="checkbox"/> Pela alteração de jornada.	
<input type="checkbox"/> Pela alteração de horário de trabalho.	
<input type="checkbox"/> Pela Atribuição de Carga Suplementar de Trabalho Docente – ACSTD.	
<input type="checkbox"/> Pela atribuição anual de classes/aulas, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.	
Mauá, ____/____/____	
Assinatura	

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____ e CPF nº _____, classificado(a) no Concurso Público 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



CONVÊNIO MÉDICO - TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
NOME DO SERVIDOR				
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO
TIPO DE REQUERIMENTO				
<input type="checkbox"/> OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO		<input type="checkbox"/> NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO		
EMPRESA CONTRATADA				
“CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)”				
TIPO DE PLANO				
<input type="checkbox"/> FAMILIAR BÁSICO: R\$ 261,08		<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$777,31		

- 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 Certidão de Casamento e 01 Cópia do cartão do SUS.
- DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = 01 Cópia da Certidão de União Estável, 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)		
NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
1	RG	CPF
	NOME DAMAE	
NOME DO DEPENDENTE		
2	RG	CPF
	NOME DAMAE	
NOME DO DEPENDENTE		
3	RG	CPF
	NOME DAMAE	
NOME DO DEPENDENTE		
4	RG	CPF
	NOME DAMAE	

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente:

- O servidor tem o prazo de **30 dias**, a contar da data de admissão, para aderir ao convênio sem carência.
- O servidor tem o prazo de **30 dias**, a contar da data em que se iniciar o vínculo com seus novos dependentes, para incluí-los no convênio sem carência.
- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada.
- 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 cumprimentos 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 _____ / _____ / _____



REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE

TIPO DE REQUERIMENTO

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

NÃO OPÇÃO

AUXÍLIO TRANSPORTE

- O Auxílio Transporte constitui benefício que será concedido pela Administração a seus Servidores, para utilização efetiva em despesas de deslocamento da residência ao trabalho e vice-versa, utilizado no sistema de transporte coletivo público urbano ou interurbano, com características semelhantes aos urbanos, excluídos os meios de transporte seletivos, especiais e rodoviários;
- O Auxílio Transporte será custeado pelo Servidor até o limite de 3% (três por cento) do salário base/vencimento, e pela municipalidade, no que exceder a parcela cabida ao Servidor;
- 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;
- A utilização indevida do Auxílio Transporte caracteriza falta grave, sujeitando o Servidor às penalidades previstas na Lei;
- O Auxílio Transporte será devido por dia de efetivo trabalho, no limite de 50 (cinquenta) deslocamentos mensais;
- A ocorrência de faltas, licenças ou afastamentos de qualquer natureza, implicam no desconto da respectiva quantidade de dias no mês subsequente.

DADOS DO SERVIDOR

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

ENDEREÇO RESIDENCIAL

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

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

(*) CÓD. TRANSP.	QTD. DIA	EMPRESA	LINHA Nº	VALOR UNITÁRIO	(**) CÓD. DADP.
1					
2					
3					
4					
5					
6					

(*) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

OS	= ÔNIBUS SIMPLES	TS 3C	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
OM	= ÔNIBUS / METRÔ	TS 3BII	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (BARUERI / JANDIRIA / ITAPEVI)
EMTU	= TRÔLEIBUS	TS 3 O	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO)
MT	= METRÔ	TS 3 SP	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CAPITAL)
MO	= METRÔ / ÔNIBUS	OI	= ÔNIBUS INTERMUNICIPAL
TS 2	= TREM SUBÚRBIO CPTM		

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

TERMO DE COMPROMISSO / AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

- Para fazer uso do sistema de Auxílio Transporte, declaro que residuo 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.

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)



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	Descrição	Valor

Mauá, _____ de _____ de _____

Assinatura

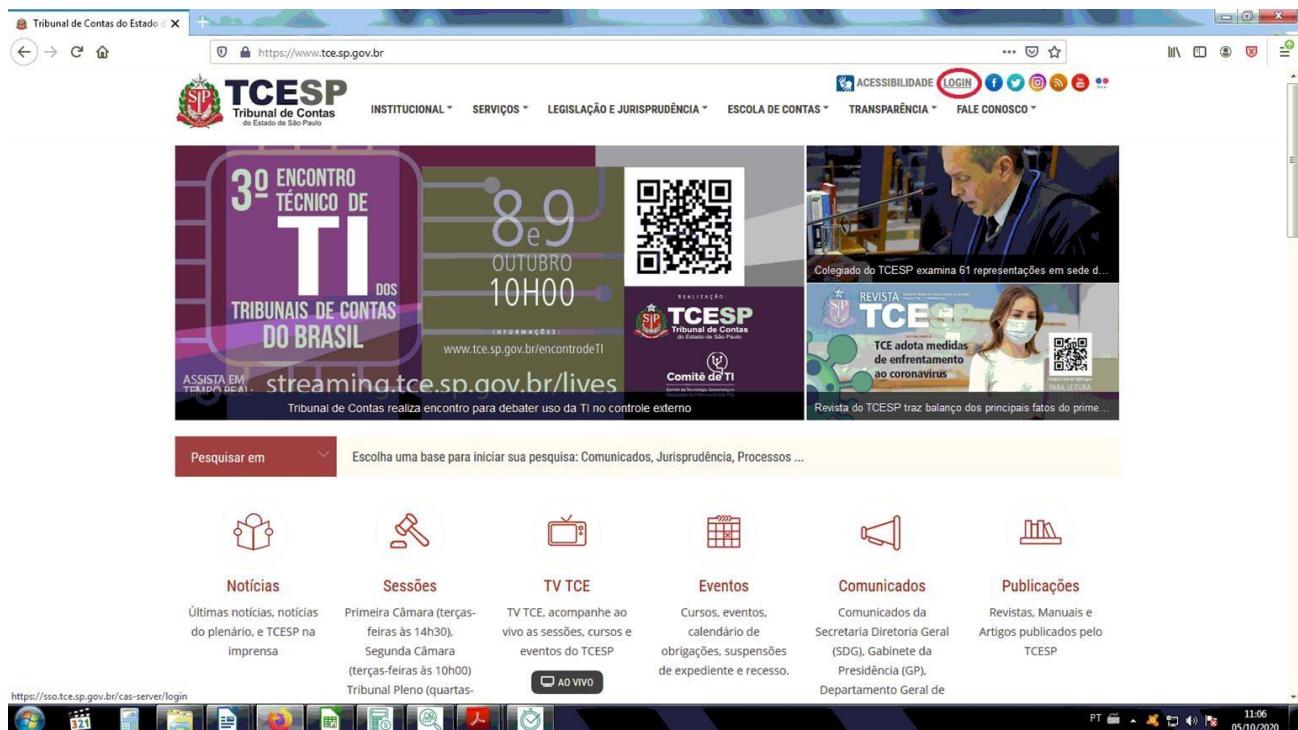
Recebido em: _____ / _____ / _____

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

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

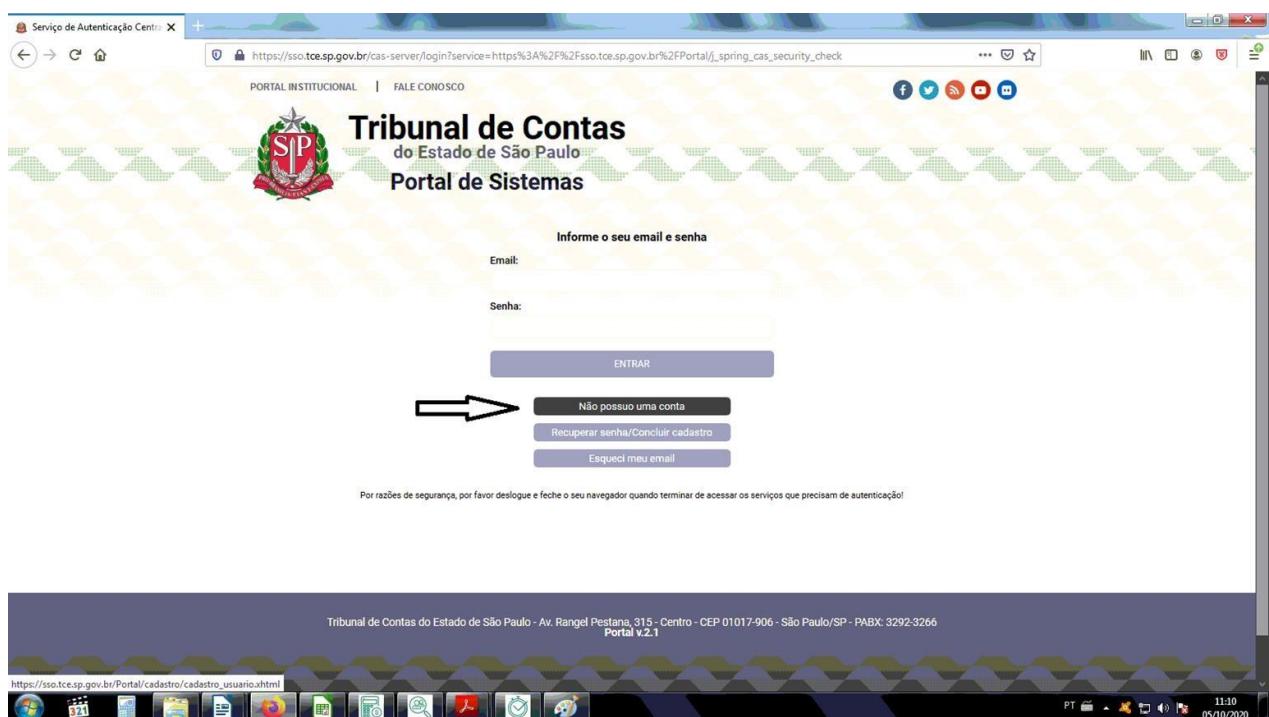
CADASTRO NO CadTCESP (Obrigatório para todos os servidores concursados e contratados a partir de 22/09/2020)

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



The screenshot shows the homepage of the Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP). The top navigation bar includes links for INSTITUCIONAL, SERVIÇOS, LEGISLAÇÃO E JURISPRUDÊNCIA, ESCOLA DE CONTAS, TRANSPARÊNCIA, and FALE CONOSCO. A prominent red button labeled "LOGIN" is highlighted with a red arrow. The main content area features a banner for the "3º ENCONTRO TÉCNICO DE TI DOS TRIBUNAIS DE CONTAS DO BRASIL" scheduled for 8 e 9 OUTUBRO 10H00, with a QR code and a link to streaming.tce.sp.gov.br/lives. Below this, there are several news cards and a search bar. The bottom navigation bar includes links for Notícias, Sessões, TV TCE, Eventos, Comunicados, and Publicações, each with a corresponding icon.

3. Clicar em “Não possuo uma conta”



The screenshot shows the login page for the TCESP's Service Authentication Center. The page has a header with the TCESP logo and the text "Tribunal de Contas do Estado de São Paulo Portal de Sistemas". Below this is a form with fields for "Email:" and "Senha:". At the bottom of the form, there are four buttons: "ENTRAR", "Não possuo uma conta" (which is highlighted with a red arrow), "Recuperar senha/Concluir cadastro", and "Esqueci meu email". A small note at the bottom of the page says: "Por razões de segurança, por favor deslogue e feche o seu navegador quando terminar de acessar os serviços que precisam de autenticação!" (For security reasons, please log out and close your browser when you finish accessing services that require authentication!). The footer contains the address "Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - Av. Rangel Pestana, 315 - Centro - CEP 01017-906 - São Paulo/SP - PABX: 3292-3266" and "Portal v.2.1".

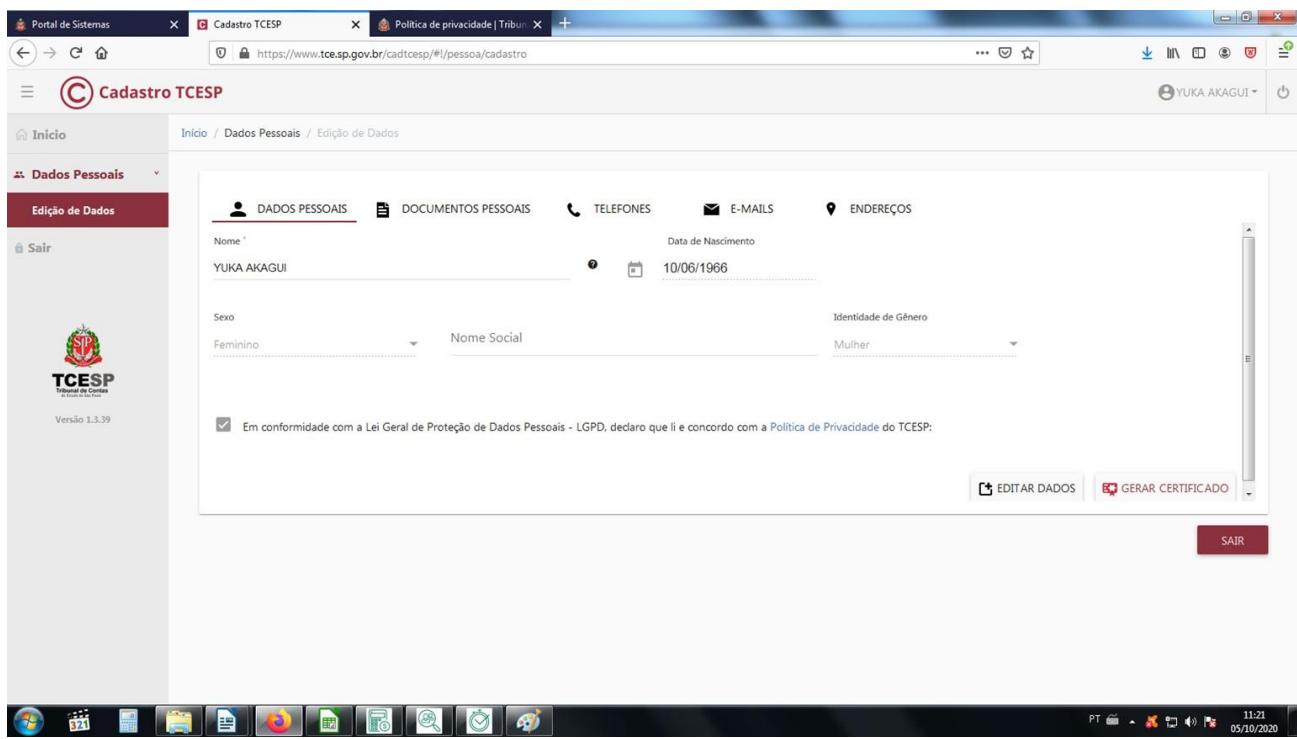
4. Preencher os campos



The screenshot shows the 'Cadastro de Usuário' (User Registration) page of the TCE-SP Portal de Sistemas. The page has a header with the TCE-SP logo and the text 'Tribunal de Contas do Estado de São Paulo' and 'Portal de Sistemas'. Below the header, there is a section titled 'Cadastro de Usuário' with instructions: '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'. There are four text input fields: 'Nome:' (Name), 'Email:', 'Confirm E-mail:', and 'CPF:' (CPF). Below these fields is a reCAPTCHA checkbox labeled 'Não sou um robô'. At the bottom of the page are two buttons: 'Voltar' (Back) and 'Cadastrar' (Register).

5. Clicar no botão “Cadastrar”.

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

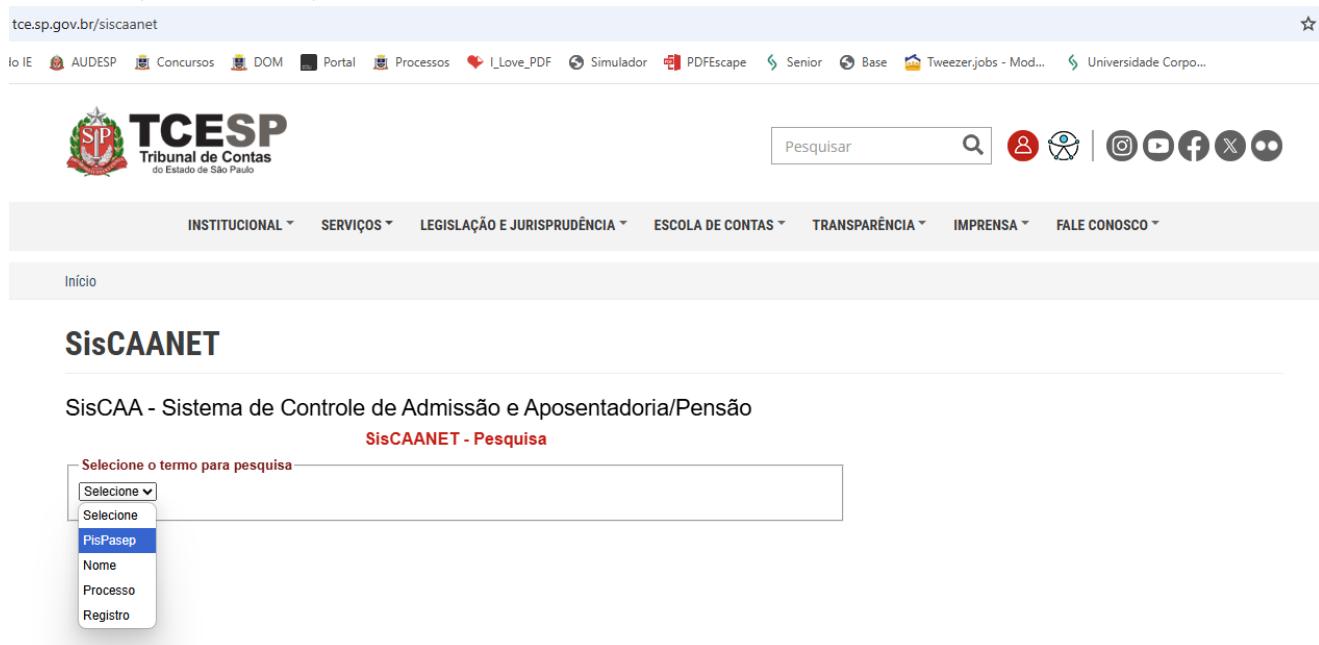


The screenshot shows the 'Edição de Dados' (Data Edition) page of the TCE-SP Cadastro TCESP. The page has a header with the TCE-SP logo and the text 'Cadastro TCESP'. The main content area is titled 'Dados Pessoais' and shows a form with fields for 'Nome' (Name), 'Data de Nascimento' (Date of Birth), 'Sexo' (Sex), 'Nome Social' (Social Name), and 'Identidade de Gênero' (Gender Identity). A checkbox labeled 'Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, declaro que li e concordo com a Política de Privacidade do TCESP.' (In accordance with the General Data Protection Law - LGPD, I declare that I have read and agree to the TCESP Privacy Policy) is checked. At the bottom of the page are buttons for 'EDITAR DADOS' (Edit Data) and 'GERAR CERTIFICADO' (Generate Certificate).

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.



tce.sp.gov.br/siscaanet

TCESP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

Pesquisar

INSTITUCIONAL | SERVIÇOS | LEGISLAÇÃO E JURISPRUDÊNCIA | ESCOLA DE CONTAS | TRANSPARÊNCIA | IMPRENSA | FALE CONOSCO

Ínicio

SisCAAnet

SisCAA - Sistema de Controle de Admissão e Aposentadoria/Pensão

SisCAANET - Pesquisa

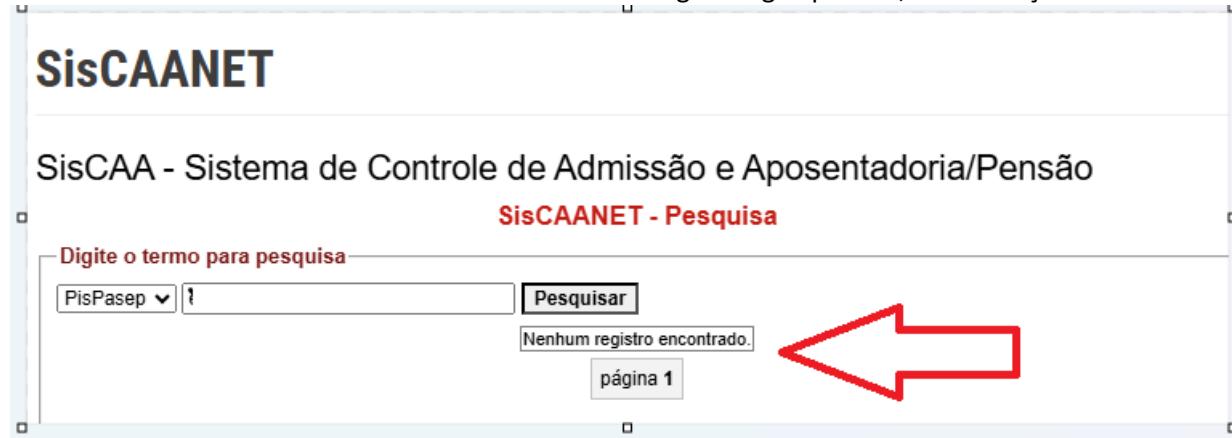
Selecionar o termo para pesquisa

Selecionar

PisPasep

Nome
Processo
Registro

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



SisCAAnet

SisCAA - Sistema de Controle de Admissão e Aposentadoria/Pensão

SisCAANET - Pesquisa

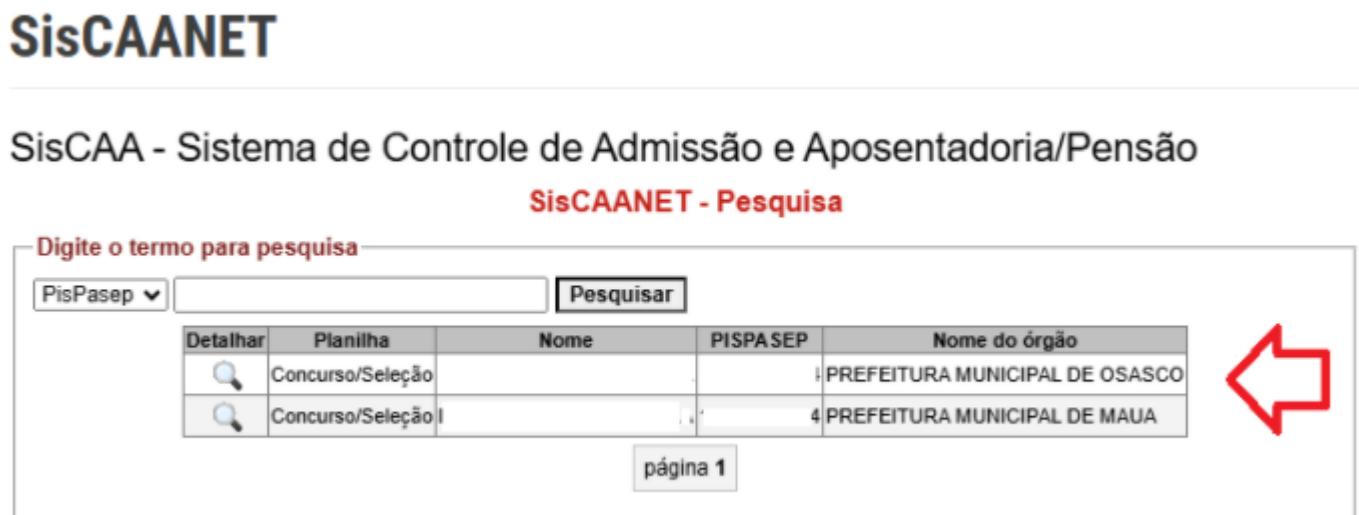
Digite o termo para pesquisa

PisPasep Pesquisar

Nenhum registro encontrado.

página 1

3. Em caso de vínculo anterior:



SisCAAnet

SisCAA - Sistema de Controle de Admissão e Aposentadoria/Pensão

SisCAANET - Pesquisa

Digite o termo para pesquisa

PisPasep Pesquisar

Detalhar	Planilha	Nome	PISPASEP	Nome do órgão
	Concurso/Seleção			PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO
	Concurso/Seleção		4	PREFEITURA MUNICIPAL DE MAUÁ

página 1