



CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2022
GUARDA CIVIL MUNICIPAL

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA EXAMES MÉDICOS E TOXICOLÓGICO E
ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DO CURSO DE
FORMAÇÃO**

A Prefeitura do Município de Mauá, no uso de suas atribuições legais, nos termos da legislação vigente e do Concurso Público nº 01/2022, tendo em vista o que consta no item 10.5 do edital de abertura do concurso público, **CONVOCA** os candidatos relacionados no Anexo I para entrega de documentos e Exames Médico e Toxicológico para a realização do Curso de Formação.

Os candidatos deverão comparecer e cumprir obrigatória e rigorosamente todos os prazos descritos no Anexo I desta convocação. O não comparecimento em qualquer uma das etapas implicará na desistência automática da vaga e eliminação do concurso público, não cabendo recurso.

Os procedimentos referentes a documentação e formulários estão disponíveis no Anexo II da presente convocação.

Os candidatos deverão providenciar os exames médico e toxicológico (descritos no item 10.5.6 do edital), conforme relação abaixo e apresentar o resultado dos exames no Departamento de Saúde no Trabalho, no 1º andar do Paço Municipal, na Avenida João Ramalho, 205, Vila Noêmia/Mauá, obedecendo a programação contida no Anexo I.

1. Audiometria
2. ECG
3. Exame Toxicológico

Será exigido exame toxicológico de larga janela de detecção que é capaz de detectar o uso de substâncias psicoativas consumidas em um período de 90 (noventa) dias antes do exame, por meio de análise de queratina presente no cabelo/pelos conforme protocolos existentes para tal finalidade.

4. Glicemia de Jejum
5. GGT
6. Hemograma completo
7. Teste Ergométrico

Conforme consta no item 10.5.5, os exames serão realizados às expensas do candidato.

Mauá, 1º de outubro de 2025


Roberto Rusticci
Secretaria de Administração e Modernização



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2022
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
CONVOCAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO E TOXICOLÓGICO
E ENTREGA DE DOCUMENTOS

ANEXO I

VAGAS COTA RACIAL

GUARDA CIVIL MUNICIPAL – FEMININO			
Classif.	Candidato	Entrega Documentos	Exame Admissional
87	LUCIMARA ANJOS MOREIRA	08/10/2025 - 9h	13/10/2025 - 8h30
90	ROSICLEIA ALEXANDRE DOS SANTOS	08/10/2025 - 9h	13/10/2025 - 9h

GUARDA CIVIL MUNICIPAL – MASCULINO				
Classif.		Candidato	Entrega Documentos	Exame Admissional
LG 91 - LN 23	58	VITOR SANTOS DA SILVA	08/10/2025 - 9h	13/10/2025 - 9h30
89	59	CAIO DE CARVALHO BARBOSA	08/10/2025 - 9h	13/10/2025 - 10h
90	60	LUCAS DE SOUZA MODESTO	08/10/2025 - 9h30	13/10/2025 - 10h30
LG 92 - LN 24	61	ELVIS KEISE CORREIA DA SILVA	08/10/2025 - 9h30	13/10/2025 - 11h
LG 93 - LN 25	62	JERSON BRITO GALDINO	08/10/2025 - 9h30	13/10/2025 - 13h30
LG 98 - LN 26	63	CARLOS EDUARDO DA SILVA	08/10/2025 - 9h30	13/10/2025 - 14h
94	64	GILENO ROCHA DE ALMEIDA	08/10/2025 - 10h	13/10/2025 - 14h30
95	65	ANDRÉ APARECIDO DOS SANTOS	08/10/2025 - 10h	13/10/2025 - 15h
96	66	RENATO CAPPELLANO PRETO	08/10/2025 - 10h	13/10/2025 - 15h30
97	67	GABRIEL GOMES BELARMINO SANTOS	08/10/2025 - 10h	13/10/2025 - 16h
LG 101 - LN 27	68	WIGO SILVA DE BRITO	08/10/2025 - 10h30	14/10/2025 - 8h30
99	69	GUSTAVO MARINHO NUNES DA SILVA	08/10/2025 - 10h30	14/10/2025 - 9h
100	70	DIEGO HENRIQUE ALVES DA SILVA	08/10/2025 - 10h30	14/10/2025 - 9h30
102	71	LUIZ GUSTAVO FELICIANO GONZAGA DA SILVA	08/10/2025 - 10h30	14/10/2025 - 10h
103	72	FERNANDO PACHECO CABRAL BACCARIN	09/10/2025 - 9h	14/10/2025 - 10h30
LG 105 - LN 28	73	JERISANDRO ALVES MONTEIRO	09/10/2025 - 9h	14/10/2025 - 11h
104	74	LUIZ HENRIQUE PEREIRA PIO	09/10/2025 - 9h	14/10/2025 - 13h30
LG 106 - LN 29	75	JOÃO VITOR ROCHA AMADO	09/10/2025 - 9h	14/10/2025 - 14h
LG 107 - LN 30	76	JOSÉ CLAUDIO XAVIER DE FREITAS	09/10/2025 - 9h30	14/10/2025 - 14h30
LG 108 - LN 31	77	HORACIO SOARES DE OLIVEIRA	09/10/2025 - 9h30	14/10/2025 - 15h
LG 109 - LN 32	78	JAIME DE OLIVEIRA SATIRO	09/10/2025 - 9h30	14/10/2025 - 15h30
LG 110 - LN 33	79	MARCO ANTONIO MARTINS DE ALCANTARA	09/10/2025 - 9h30	15/10/2025 - 8h30
LG 112 - LN 34	80	RAFAEL IGOR DOS REIS SILVA	09/10/2025 - 10h	15/10/2025 - 9h
LG 113 - LN 35	81	VALMIR JOSE DA SILVA	09/10/2025 - 10h	15/10/2025 - 9h30
LG 114 - LN 36	82	PAULO ROGERIO HAIS	09/10/2025 - 10h	15/10/2025 - 10h
LG 115 - LN 37	83	CLEITON FERNANDES DE OLIVEIRA	09/10/2025 - 10h	15/10/2025 - 10h30
LG 116 - LN 38	84	AILTON PEREIRA DA SILVA FILHO	09/10/2025 - 10h30	15/10/2025 - 11h
LG 117 - LN 39	85	PAULO HENRIQUE SANTOS NOGUEIRA	09/10/2025 - 10h30	15/10/2025 - 13h30
LG 118 - LN 40	86	JOHNNY NAZÁRIO MIRANDA SILVA	09/10/2025 - 10h30	15/10/2025 - 14h
LG 119 - LN 41	87	NILTON CESAR SANTOS XAVIER	09/10/2025 - 10h30	15/10/2025 - 14h30
LG 120 - LN 42	88	ALAN DA SILVA DE SOUSA	09/10/2025 - 10h30	15/10/2025 - 15h

ANEXO II – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

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

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

Caso os links não funcionem, digite o endereço completo na barra de endereços do seu navegador.

*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 beneficiário do INSS, **item IV**.
- 3) Atestado de Antecedentes Criminais, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item I**. OBS: Não serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública.
- 4) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS): original e cópias das páginas da foto e do verso da foto. OBS: Caso não tenha a CTPS, imprimir a Carteira de Trabalho Digital (que poderá ser obtida pelo aplicativo oficial na loja de aplicativos do seu celular).
- 5) Comprovante de cadastro no PIS/PASEP/NIS/NIT.
- 6) Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- 7) Comprovante de situação cadastral do CPF, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item II**.
- 8) Cédula de Identidade (RG). OBS: No caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro.
- 9) Título de Eleitor, juntamente com a certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no **item III**. OBS: Justificativas não serão aceitas.
- 10) Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.
- 11) Cartão Nacional de Saúde (SUS).
- 12) Comprovante de residência atual no nome do candidato.
- 13) 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).
- 14) CNH “A” e “B”, juntamente com a Certidão Negativa de Pontuação e Certidão de Prontuário (expedidos pelo DETRAN).
- 15) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.
- 16) 1 foto recente 3x4
- 17) Atestado de Saúde Ocupacional expedido pelo Núcleo de Medicina do Trabalho.



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	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
			____/____/____
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.

() 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



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\$ 282,86 ☐ FAMILIAR SUPERIOR: R\$842,14				
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. - 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 ____ / ____ / ____