



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N° 01/2023

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CONVOCAÇÃO N° 02

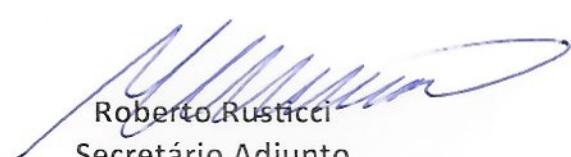
A Prefeitura do Município de Mauá, por meio da Secretaria de Administração e Modernização, tendo em vista a HOMOLOGAÇÃO do Processo Seletivo simplificado nº 01/2023 – Agente Comunitário de Saúde, CONVOCA os candidatos para procedimentos admissionais.

Artigo 1º - Para providências de admissão, os candidatos deverão comparecer e cumprir obrigatória e rigorosamente todos os prazos e orientações descritos no Anexo II deste Edital.

Artigo 2º – Os candidatos deverão realizar, às suas expensas, os exames contantes no Anexo I do presente edital e apresentar os resultados dos exames ao Médico do Trabalho nas datas e hora indicados no Anexo II.

Artigo 3º – Os procedimentos referentes a documentação e formulários estão disponíveis no Anexo III do presente edital e deverão ser rigorosamente providenciados conforme instruções descritas no anexo.

Mauá, 19 de janeiro de 2026


Roberto Rusticci
Secretário Adjunto



CONVOCAÇÃO PARA ATRIBUIÇÃO DE VAGAS

1. Os candidatos convocados deverão comparecer na Av. João Ramalho 205, Vila Noêmia, Mauá, Paço Municipal, munidos de todos os documentos conforme consta no Anexo III do presente edital
2. As vagas serão direcionados de acordo com a inscrição realizada pelo candidato conforme consta nos itens 2.4.1 e 2.4.2 do edital de abertura de inscrições e edital de classificação final, **não havendo possibilidade de alteração**.
3. Caso as condições oferecidas não atendam à disponibilidade dos candidatos, os mesmos deverão assinar termo de desistência e serão eliminados do processo seletivo.
4. O não comparecimento no dia e horário mencionados na convocação, conforme descrito na Anexo II, implicará na desistência e eliminação do processo seletivo, não cabendo recurso.
5. A entrega de documentos será na Av. João Ramalho 205, Paço Municipal, nas datas e horários conforme descrito no cronograma de convocação (Anexo II).

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 território de sua opção, observada a necessidade da Prefeitura do Município de Mauá.
2. Os candidatos convocados, conforme Anexo II da presente convocação, deverão comparecer ao Departamento de Saúde no Trabalho, no Mezanino 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 processo seletivo.
5. Os candidatos convocados **deverão realizar, às suas expensas, os exames médicos exigidos para o 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 serão excluídos do processo seletivo.

10. Será eliminado do processo seletivo, o candidato que não entregar os resultados de exames admissionais ao Departamento de Saúde no Trabalho, no prazo estabelecido nesta convocação.

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 processo seletivo.

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

15. O resultado de aptidão do exame médico pré-admissional 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 este edital, 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

Agente Comunitário de Saúde

1. Avaliação Oftalmológica (acuidade visual e refração)
2. Glicemia de Jejum
3. Hemograma completo
4. Radiografia de Coluna Lombar com laudo
5. Carteira de Vacinação COVID 19 (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.



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

UBS FEITAL			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
1	MARIA FERNANDA ALVARENGA SCHEFFER	27/01/2026 – 9h	04/02/2026 – 8h30
5	MARIVANIA MEIRA DAMASCENO	27/01/2026 – 9h	04/02/2026 – 8h30

UBS KENNEDY			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
1	ELEN ALESSANDRA MUGNATO	27/01/2026 – 9h	04/02/2026 – 8h30
2	GERALDA MARIA DE OLIVEIRA	27/01/2026 – 10h30	04/02/2026 – 9h30

UBS MAGINI			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
18	RAQUEL VALÉRIO DA SILVA	27/01/2026 – 10h30	04/02/2026 – 9h30

UBS PARANAVAÍ			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
2	PAULO HENRIQUE DOS SANTOS PEREIRA	27/01/2026 – 10h30	04/02/2026 – 9h30
4	STEPHANIE PEDRO DOS SANTOS	27/01/2026 – 13h30	04/02/2026 – 10h30
7	MAYARA CARLA DE ARAÚJO	27/01/2026 – 13h30	04/02/2026 – 10h30

UBS PARQUE DAS AMÉRICAS			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
2	JADYAN AYANE DOS SANTOS CORDEIRO	27/01/2026 – 13h30	04/02/2026 – 10h30
4	KERLEM SIMONE DE MATOS CALIXTO	28/01/2026 – 9h	04/02/2026 – 13h30

UBS PARQUE SÃO VICENTE			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
2	SOLYMARE APARECIDA MONTEIRO	28/01/2026 – 9h	04/02/2026 – 13h30

UBS PRIMAVERA			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
3	CAROLINA DE SOUZA COSTA MAGALHÃES	28/01/2026 – 9h	04/02/2026 – 13h30

UBS SANISTA			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
1	ROSINEIDE APARECIDA BIM RAPINI	28/01/2026 – 10h30	04/02/2026 – 14h30
2	MARIA DA GLÓRIA SOUZA DE SÁ PEDROSA	28/01/2026 – 10h30	04/02/2026 – 14h30
3	ANDREIA OLIVEIRA DA SILVA	28/01/2026 – 10h30	04/02/2026 – 14h30

UBS ZAÍRA III			
Classificação	Nome	Entrega Documentos	Exame Admisional
17	ANA PAULA RONCOLATO FERNANDES	28/01/2026 – 13h30	04/02/2026 – 15h30
19	GABRIEL DE AGUIAR ALVES	28/01/2026 – 13h30	04/02/2026 – 15h30

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO

Prezado Candidato,

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 da 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 ou coladas.

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

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

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

- I. Consulta de Qualificação Cadastral para o e-social:
<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/qualificar.xhtml>
ou
<http://esocial.dataprev.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/resultadoqualificacao.xhtml>
- II. Atestado de Antecedentes Criminais expedido pela Secretaria de Segurança Pública:
<http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado-de-antecedentes-criminais>
- 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/certidores/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>

*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 quando 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) Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção.
- 5) Requerimento de convênio médico, juntamente com os documentos relacionados no formulário em caso de opção.
- 6) Consulta de Qualificação Cadastral, expedido pelo endereço eletrônico citado no item I.
- 7) 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.
- 8) 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).
- 9) 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.
- 10) Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- 11) Comprovante de situação cadastral do CPF, expedido pelo endereço eletrônico citado no item III.

- 12)** Cédula de Identidade (RG).
• No caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro.
- 13)** Título de Eleitor, juntamente com a certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no **item IV**.
• **Obs:** as justificativas **não** serão aceitas.
- 14)** Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.
• **Obs:** após 45 anos, isento pela Lei JSM.
- 15)** Cartão Nacional de Saúde (SUS).
- 16)** Comprovante de residência atual no nome do candidato.
- 17)** 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).
- 18)** Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.
- 19)** 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.
- 20)** Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.
- 21)** Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais somente se estes forem dependentes no Imposto de Renda.
- 22)** Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.
- 23)** Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.
- 24)** 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.
- 25)** Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.
- 26)** 1 foto 3x4 recente.
- 27)** Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item V**.
- 28)** Declaração de Atualização Cadastral emitida pelo TCE após o cadastramento no CadTCESP, citado no **item VI**.
• **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 (por justa causa ou a bem do serviço público).



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

FICHA COMPLEMENTAR

ENDERECO					
NÚMERO	COMPLEMENTO			BAIRRO	
CIDADE			CEP	TELEFONE FIXO	
TELEFONE CELULAR	CIDADE/ESTADO/PAÍS DE NASCIMENTO				
CÉDULA DE IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR / UF	DATA EXPEDIÇÃO _____/_____/_____		CARTÃO SUS	
<p>Tipo de Certidão Civil: () Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento</p>					
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.
____ / ____ / ____			(<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	REGISTRO Nº
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 () 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 () 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 () 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 () 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	

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

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____ e CPF nº _____, classificado(a) no Processo Seletivo Simplificado para a Saúde sob o nº _____, para exercer o cargo de Agente Comunitário de Saúde, 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



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 _____

Estatutário Efetivo

Estatutário Temporário

CLT Estável

CLT Não Estável

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

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 / JANDIRA / 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 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.

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)



CONVÊNIO MÉDICO - TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR			
NOME DO SERVIDOR			REGISTRO FUNCIONAL
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR
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\$ 242,53		<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$722,07	
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
<p>- 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.</p> <p>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).</p>			
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:			
<p>- 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.</p>			
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	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). At the top right, there is a red circle highlighting the 'LOGIN' button. The page features a banner for the '3º ENCONTRO TÉCNICO DE TI DOS TRIBUNAIS DE CONTAS DO BRASIL' scheduled for October 8 and 9 at 10:00 AM. Below the banner, there are sections for 'Notícias', 'Sessões', 'TV TCE', 'Eventos', 'Comunicados', and 'Publicações'. The bottom of the page shows a navigation bar with various icons and a status bar indicating the date as 05/10/2020.

3. Clicar em “Não possuo uma conta”

The screenshot shows the 'Serviço de Autenticação Central' (SSO) login page. It features the TCESP logo and a green decorative border. The main form asks for 'Email:' and 'Senha:'. Below the form are three buttons: 'ENTRAR', 'Não possuo uma conta' (which is highlighted with a large black arrow), 'Recuperar senha/Concluir cadastro', and 'Esqueci meu email'. At the bottom of the page, there is a note about security and a footer with 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'. The bottom navigation bar includes links for 'https://sso.tce.sp.gov.br/Portal/cadastro/cadastro_usuario.xhtml' and the date '05/10/2020'.

4. Preencher os campos

Cadastro de Usuário

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

Nome: *

Email: *

Confirma E-mail: *

CPF: *

000.000.000-00

Não sou um robô reCAPTCHA
Privacidade - Termos

Preencha a caixa acima antes de prosseguir.

[Voltar](#) [Cadastrar](#)

5. Clicar no botão “Cadastrar”.

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

Início / Dados Pessoais / Edição de Dados

DADOS PESSOAIS DOCUMENTOS PESSOAIS TELEFONES E-MAILS ENDEREÇOS

Nome *
YUKA AKAGUI

Data de Nascimento
10/06/1966

Sexo
Feminino

Nome Social

Identidade de Gênero
Mulher

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, declaro que li e concordo com a Política de Privacidade do TCESP:

[EDITAR DADOS](#) [GERAR CERTIFICADO](#) [SAIR](#)

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