



## PORT/GGDRH/Nº 61.179 de 30 de Março de 2022

**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 do concurso público, processo administrativo nº 3.929/2019, resolve:

**Artigo 1º** — Nomear, a partir de **11/04/2022**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

**Artigo 2º** — A posse dar-se-á em **29/04/2022**.

**Artigo 3º** — O exercício dar-se-á em **02/05/2022**

**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 no Anexo I e Anexo II da presente 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, 30 de Março de 2022

  
**Marcelo Oliveira**  
Prefeito

Registrada na Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH.  
Publique-se na imprensa local, nos termos da Lei Orgânica do Município.

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



## **CONVOCAÇÃO PARA ATRIBUIÇÃO DE VAGAS**

1. Os candidatos convocados deverão comparecer no Centro de Formação de Professores Miguel Arraes, situado na Rua Rio Branco, 183, Centro, Mauá/SP, 10º andar, para providências de escolha de vagas munidos de cópias simples e 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) Documento de identificação com foto.
2. Assinada a ficha de escolha de vagas pelo candidato, não será permitida, em hipótese alguma, troca de vaga escolhida, sob qualquer pretexto.
3. Caso as vagas oferecidas não atendam à disponibilidade dos candidatos, os mesmos deverão assinar termo de desistência e serão eliminados do concurso público.
4. A escolha de vagas se realizará no dia, horário e local estabelecido, obedecendo rigorosamente a ordem de convocação/classificação, sendo que os mesmos serão chamados nominalmente, utilizando-se, para isso, a lista de classificação final.
5. 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.
6. O não comparecimento para atribuição no dia e horário mencionado implicará na desistência e eliminação do concurso público, não cabendo recurso.
7. A entrega de documentos será no Centro de Formação de Professores Miguel Arraes, situado na Rua Rio Branco, 183, Centro, Mauá/SP, 10º andar, 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 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, representando este que justificará sua ausência e que 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](mailto: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 9.7 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.**
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 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

#### Auxiliar de Desenvolvimento Infantil e Merendeiras

- 1 - Glicemia de Jejum
- 2 - Hemograma Completo
- 3 - Avaliação Otorrinolaringologista
- 4 - Avaliação Oftalmologista
- 5 - Audiometria Tonal
- 6 - PPF
- 7 - Urina I
- 8 - RX Tórax (PA e Perfil com laudo)
- 9 - RX Coluna Lombar com Laudo
- 10 - Ultrassonografia Ombro Direito com Laudo (se dextro)
- 11 - Ultrassonografia Ombro Esquerdo com Laudo (se canhoto)
- 12 - Cópia da Carteirinha de Vacina Covid

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

Demais Exames Laboratoriais têm validade de 30 dias

Anexo II



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

**ANEXO II**

**CANDIDATOS NEGROS**

**PCD – CANDIDATOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

**VAGAS REMANESCENTES DA CONVOCAÇÃO Nº 04**

**MERENDEIRAS**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
73	2	MARIA CRISTINA MINELLO VALENCIA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
74	5	CARLITA BITTENCOURT MURTA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
75	22	SOLANGE DONIZETI CRISTINO	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
76	27	DEISE MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
77	30	HELENICE DE GODOY PRETO	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
78	50	MARIA ANGELICA FURQUIM	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
79	51	ROSANA ANASTACIO DE CARVALHO	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
25 LN – 145 LG	58	CAMILA MENDES DE SOUSA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
81	61	MIGUEL PORFIRIO DOS SANTOS	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
26 LN – 256 LG	63	MAURELINA DE JESUS SILVA PEREIRA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
82	65	GISLAINE APARECIDA DA SILVA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
83	70	SHEILA CRISTINA GONCALVES DE ARRUDA BRIT	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
84	74	ANA PAULA RODRIGUES DA SILVA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
86	75	MARCIA DA SILVA BONETTI DONON	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
87	76	TALITA DA SILVA CAMPOS	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
88	77	RAFAELA BONIN ARRUDA BASTOS	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
89	79	KELLY APARECIDA DO PRADO GRENCI	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h

**MERENDEIRAS**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
90	81	JOSIVAN FERREIRA DA CONCEICAO	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
91	82	REGIANE BORGES DOS SANTOS CHAVES	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
28 LN – 170 LG	83	MARCIA DE BRITO BARBOSA SILVA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
92	84	CRISTIANE COPPATTO	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
93	85	ADRIANA SANTANA DOS SANTOS	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
94	86	CLAUDIA SANTOS BELA JULIAO	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
95	87	JOZY SARA PEREIRA VIEIRA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
29 LN – 174 LG	88	ADRIANA CANTARINO TINTI	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
96	89	JESSICA DO NASCIMENTO SILVA	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
97	90	CLOVES SANTOS PEREIRA JUNIOR	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
98	91	MARIA ZELIA DOS SANTOS	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
99	92	CAROLINE SOUZA SANTOS	06/04/2022 – 9h	12/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30

## Anexo II

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES					
AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL					
Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
<b>131 LN – 776 LG</b>	<b>13</b>	<b>DAIANA DE ABREU BULCAO OLIVEIRA</b>	<b>07/04/2022 – 9h</b>	<b>13/04/2022 – 9h</b>	<b>18/04/2022 – 10h30</b>
378	204	ADRIANA DE LIMA SCARASSATI	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
379	205	RUDINEIA DA SILVA FRANCA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
380	206	LIVIA ALVES DOS REIS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
381	207	CLAUDIA PRISCILA ROD. PATROCINIO SI	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 10h30
382	214	EMERSON LUIS SIQUEIRA DE OLIVEIRA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
383	216	IRIS DE OLIVEIRA FONSECA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
384	219	SUELAINÉ CRISTINA DE BARROS SILVA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
385	220	TAIS LORENZO PAULO DA CRUZ	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
386	225	ALINE CONCESSA DE SOUSA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
387	229	VALERIA LODI DANIEL	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
388	230	ARIANE DOMINGOS RIBEIRO	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
389	239	MARIA ARISTEIA ARAUJO BERNARDINO	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
391	244	NOELLY CAROLINA DE PAULA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
392	245	JACIARA MARCON FARIAS DE SOUZA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
393	246	LEANDRO DE SOUZA ALVES	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
394	247	TALCIEL ALVES DOS SANTOS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
395	254	TAMIRES DOS SANTOS MACIEL	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
396	255	GIUSEPPE DOMENEGUETTI	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
397	259	ANA MARIA MATOS DE JESUS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 14h
399	260	JOSY RODRIGUES TEODORO	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
400	261	MANOEL PINHEIRO JUNIOR	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
401	277	DIEGO DE OLIVEIRA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
402	304	REGIANE NASCIMENTO SOUSA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
403	307	TAMIRES DA SILVA LIMA SANTOS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
<b>135 LN – 797 LG</b>	<b>308</b>	<b>JULIANA APARECIDA PEREIRA DA SILVA</b>	<b>07/04/2022 – 9h</b>	<b>13/04/2022 – 9h</b>	<b>18/04/2022 – 15h30</b>
404	311	GUSTAVO JACINTO BARRETO	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
405	314	PATRICIA DOS SANTOS MANTOVANI	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
406	315	MARISA ZAVAN	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
407	316	FLAVIA DE ANDRADE BASTOS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
408	324	GABRIELA CABRAL SANTOS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
409	325	ERICK ENDO	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
410	326	MARIA DE FATIMA DA SILVA SOUSA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
411	327	JAIANY GREICE DE ARAUJO SILVA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
412	341	PATRICIA CARDOSO PEREIRA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 15h30
413	347	PAULA SOARES AMORIM	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
414	349	FERNANDA ALVES GARCIA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
415	354	KATHELYN CASSIA DIAS MELO	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
416	355	MYLENA BOLGAR	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
<b>136 LN – 799 LG</b>	<b>358</b>	<b>FERNANDA TORRES DE OLIVEIRA</b>	<b>07/04/2022 – 9h</b>	<b>13/04/2022 – 9h</b>	<b>19/04/2022 – 9h</b>
417	369	PAMELLA PORTO ALVES VASCONCELOS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
418	375	THIAGO SILVA DO NASCIMENTO	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
419	376	MAIARA BRITO SILVEIRA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
420	379	TAMIRES DE SOUZA SANTOS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
421	384	ERICK WESLEY VANDERLEY DA SILVA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
422	390	RAQUEL RODRIGUES GIMENEZ	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
423	391	PAMELLA GONCALVES	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
424	395	AMANDA TEODORO DE SOUZA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h

Anexo II

425	397	JAQUELINE FERNANDES DA SILVA	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
137 LN – 815 LG	398	RAILANE DA HORA SANTOS	07/04/2022 – 9h	13/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
426	404	INGRYD ROBERTA DO CARMO RODRIGU	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
427	405	LIZIE NOGUEIRA DOS SANTOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 9h
428	406	LAINNA MEDEIROS DE PAULA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
429	410	ADALEZA SOARES DE ALMEIDA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
430	420	MICHELLE SILVA DE MENEZES	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30

AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL					
Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
138 LN – 819 LG	433	VINICIUS DA SILVA SENA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
431	434	NATALIA XAVIER DOS SANTOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
432	435	ADILSON DA ROCHA VELOSO	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
433	436	LILIAN MEIRA SANTOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
434	437	THAIS ALMEIDA BRITO DA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
140 LN – 827 LG	438	GABRIELLE LEITE SILVA SANTOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
435	439	DANIEL ALEXANDRE BELO DE SOUZA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
436	440	SARA LORENA DOS SANTOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
437	441	SAMANTA PAULINO BIAO	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
438	442	BRUNA MORAIS DOS SANTOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
143 LN – 836 LG	443	THAIS CEZARIO SOUZA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
439	444	BEATRIZ MONIKE FELIX GOIS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
440	445	MYLENA CAVALCANTI DA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
441	446	LUIZA ENGEL SANTOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h30
442	447	IGOR BUSO GARCIA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
144 LN – 837 LG	448	LUAN MENDES DE SOUZA PAULINO	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
443	449	FERNANDO PINTO RIBEIRO	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
444	450	PATRICK ALESSANDER MENDES AZEVED	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
445	451	GIOVANNA CORDEIRO	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
446	452	FERNANDA FERREIRA E SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
146 LN – 844 LG	453	AMANDA RIBEIRO DA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
447	454	DANIELLY MONTALVAO SANTOS DE SOU	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
448	455	DANIEL SANTOS E SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
449	456	MARCUS VINICIUS DOS SANTOS LOPES	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
450	457	LETICIA MUNHOZ MENDES DA COSTA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
148 LN – 852 LG	458	JACKELINE QUIMES CORREA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
451	459	RYAN MAIA DA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
452	460	MATHIAS RODRIGUES DA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
453	461	LORHAN FANTI CONDE	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
454	462	MILENA DA PAZ SOUZA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
152 LN – 882 LG	463	NATHALIA SOUZA DO NASCIMENTO	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 14h
455	464	NORMA SUELY BITTENCOURT SERPA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
456	465	ARCILIA DA ASSUNCAO A VASCONCELOS	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
457	466	DIVA MARIA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
458	467	MARCIA DOLORES NOGUEIRA CASTUCCI	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
153 LN – 886 LG	468	MIRELLA MARTINS DE OLIVEIRA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
459	469	LUCIANA FERREIRA DA MOTA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
460	470	MARIA JOSE BEZERRA BAPTISTA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
461	471	MARIA NOBRE DE SOUSA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
462	472	ROSSILDA DA PENHA FERNANDES	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
463	473	GLAUCE SARTORI	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
464	474	ELOISA HELENA DE LIMA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30

Anexo II

465	475	DAMIANA GOMES OLIVEIRA DA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
466	476	MARIA JOSE SANTOS JOVENTINO	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30
467	477	ANISIO PEREIRA DA SILVA	07/04/2022 – 14h	14/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 15h30

## ANEXO III

### **LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO**

Prezado 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 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.

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.**

## CONCURSO 01/2020

*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.aspx>
- 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>

*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) Termo de Opção de Convênio Médico devidamente preenchido e assinado, mesmo em caso de não opção.
  - No caso de opção, o servidor deverá preencher e assinar também a Declaração de Saúde e anexar **todos os documentos relacionados no referido formulário**.
- 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.
  - 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) Certificados de cursos específicos quando a lei, o edital e cargo assim exigirem.
- 19) Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir.
- 20) Exclusivo para Motorista de Veículos Pesados: CNH “E” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).
- 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 expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.
- 29) 1 foto 3x4 recente.
- 30) Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico citado no item V.

***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
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

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
			____/____/____	

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
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	

**CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

## 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



## 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, no prazo máximo de 15 dias.

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 o 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**

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

(\*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

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

TS 3C = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)  
TS 3BJI = 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

(\*2) 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	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
Santo André Planos de Assistência Médica LTDA (MEDICAL HEALTH)

TIPO DE PLANO	
<input type="checkbox"/> FAMILIAR BÁSICO: R\$ 210,94	<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$669,03

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 Certidão de Casamento e 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.            - DO(A) COMPANHEIRO(A), QUANDO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do cartão do SUS e Cópia da Certidão de Nascimento / RG do(s) filho(s) em comum.            - DO(A) COMPANHEIRO(A), QUANDO NÃO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF e 01 Cópia de Escritura Pública de Convivência, solicitada em Cartório, comprovada convivência mínima de 2 anos e 01 Cópia do cartão do SUS.            * As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH.            * <b>TODOS DEVERÃO PREENCHER A DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Disponível no PORTAL DO SERVIDOR e/ou na Recepção do RH)</b></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	
<p>Declaro estar ciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No ato da admissão, o Servidor tem prazo de <b>30 dias</b>, para opção da adesão na Categoria de Assistência Médica e o <b>mesmo prazo</b>, a partir da data que o dependente adquirir o direito ao uso do Convênio Médico para inclui-lo(s), caso contrário, deverá <b>cumprir os prazos de carência</b> estipulados em contrato e preencher a Declaração de Saúde.</li> <li>- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade da Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção acima assinalada.</li> <li>- Em caso de <b>Faltas Injustificadas</b>, com mais de 20 dias consecutivos, será suspenso o uso do Convênio Médico.</li> <li>- Que ao requerer <b>quaisquer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos</b> terá sua opção pelo uso do Convênio Médico <b>excluída</b> e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato.</li> </ul> <p>Mauá, ____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: right;">Servidor (Assinatura)</p>	

PARA USO DO DADP	
<p>Deliberamos pela:</p> <p><b>Concessão do Benefício.</b>  <b>Não Concessão. Motivo:</b> _____</p> <p><b>Obs.:</b> _____</p> <p>Responsável _____ Registro func. _____ Data ____ / ____ / ____</p>	

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome do beneficiário titular: \_\_\_\_\_

Contrato: \_\_\_\_\_

### Entrevista qualificada:

Faça a opção dentre uma das condições:

1. Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo e que, tendo conhecimento de todos os itens deste instrumento optei por não fazer a Entrevista Qualificada (EQ) com o auxílio de Médico Orientador, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas na Declaração de Saúde (DS); **OU**
2. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador indicado pela MEDICAL HEALTH, sem ônus financeiro para mim, para a realização da Entrevista Qualificada (EQ) e a orientação para o preenchimento da minha Declaração de Saúde (DS) e de meus dependentes; **OU**
3. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador de minha livre escolha e confiança, não indicado pela MEDICAL HEALTH, para auxiliar-me, estando ciente de que assumirei integralmente o ônus financeiro desta minha opção, sem direito a nenhuma espécie de reembolso.

**O preenchimento do formulário deverá ser feito pelo Proponente de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio do médico orientador.**

Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, utilizando **S (sim)** ou **N (não)**.

Item	Sabe ser portador de:	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
201	Doenças do aparelho cardiocirculatório (pressão alta, angina, infarto, derrames, arritmias, entre outras)? Especificar.						
202	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorróidas, aneurisma, entre outras)? Especificar.						
203	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar.						
204	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, entre outras)? Especificar.						
205	Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, entre outras)? Especificar.						
206	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)? Especificar.						
207	Doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções urinárias, nefrites, insuficiência renal, entre outras)? Especificar.						
208	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)? Especificar.						
209	Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, HPV, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)? Especificar.						

Item	Sabe ser portador de:	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
210	AIDS ou é portador do vírus HIV? Especificar.						
211	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especificar.						
212	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.						
213	Doenças reumáticas ou colagenosas (artrites, febre reumática, lupus, entre outras)? Especificar.						
214	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)? Especificar.						
215	Doenças da pele (psoríase, dermatites, entre outras)? Especificar.						
216	Doenças infectocontagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras)? Especificar.						
217	Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)? Especificar o local do corpo.						
218	Doenças ou malformações congênitas ou hereditárias? Especificar.						
219	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar.						
220	Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenóide, entre outras)? Especificar.						
221	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar.						
222	Realiza diálise ou hemodiálise? Especificar.						
223	Realiza quimioterapia, branquioterapia ou radioterapia? Especificar.						
224	Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.						
225	Transtorno de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, entre outras)? Especificar.						
226	Sofre de alguma doença não mencionada acima?						
227	Alguma internação/cirurgia?						

### Quadro de Peso e Altura

	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)						
Altura (m)						





## 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

**TERMO DE CIÊNCIA**  
**CADASTRO NO CadTCESP**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, admitido(a) em virtude de aprovação em concurso público/processo seletivo simplificado, atesto para os devidos fins de que fui, nesta data, orientado(a) a acessar o portal do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, a fim de realizar meu cadastro no sistema "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", e de manter meu cadastro atualizado sempre que ocorrer alguma mudança nos meus dados.

Fui orientado(a) de que o cadastramento deverá ser realizado de forma pessoal e intransferível.

Estou ciente de que terei o prazo de cinco dias úteis a contar desta data para encaminhar à Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH da Secretaria de Administração e Modernização o documento "Declaração de Atualização Cadastral", sob pena do contido no Art. 112 das Instruções nº 01/2020:

Art. 112 Toda documentação requisitada pela fiscalização ou demais áreas do Tribunal de Contas, para efeito de complementação do exame e para seu convencimento, deverá ser providenciada *in continenti*, sob pena de responsabilidade da autoridade ou do servidor que assim deixar de proceder.

Mauá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

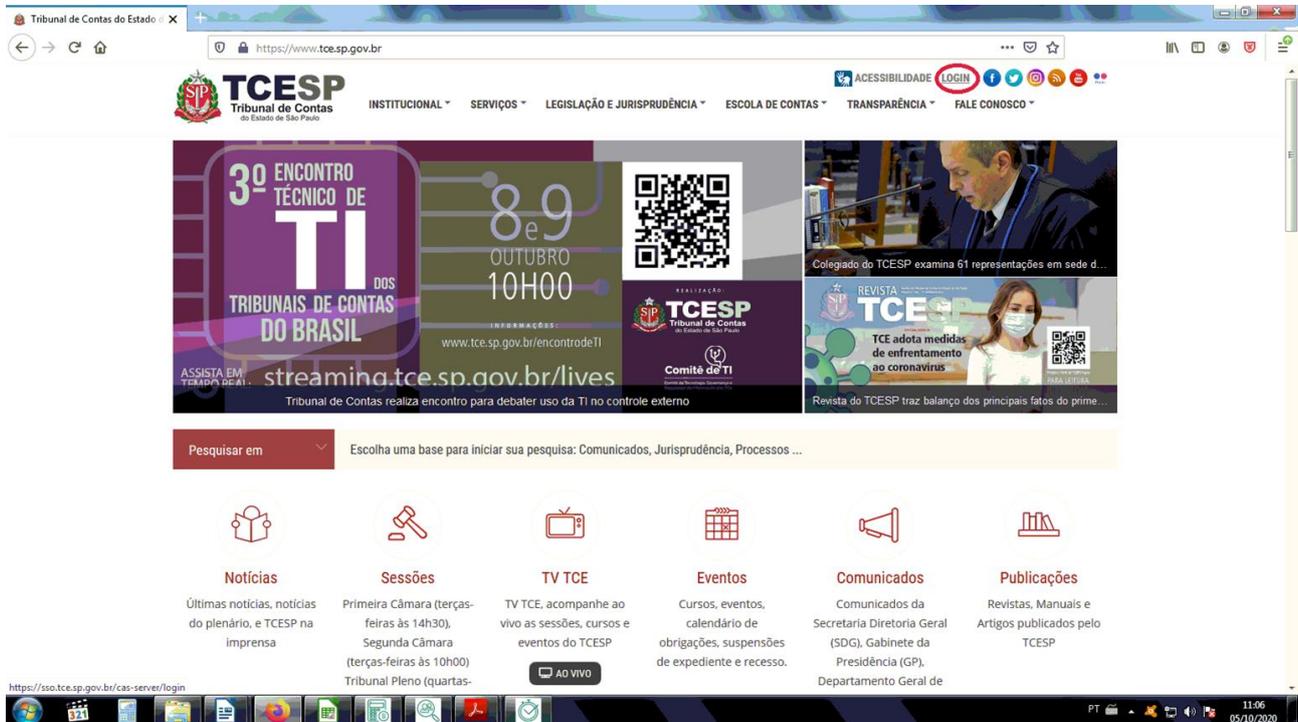
  

---

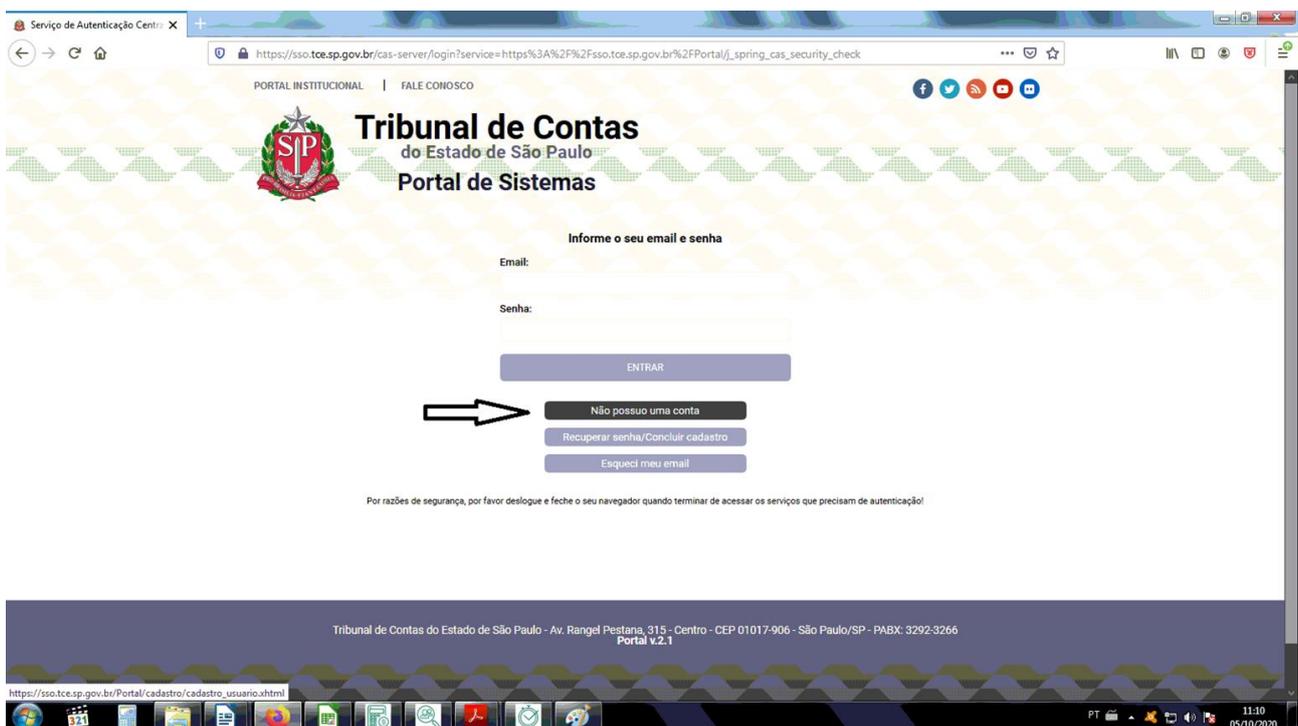
# MANUAL DE ORIENTAÇÃO

## 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 posso uma conta”



#### 4. Preencher os campos

The screenshot shows the registration page of the Tribunal de Contas do Estado de São Paulo Portal de Sistemas. The page features the institution's logo and name at the top. Below the header, there are 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". The section is titled "Cadastro de Usuário". An important note (OBS.) states: "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 registration form includes the following fields: "Nome:" (Name), "Email:" (Email), "Confirma E-mail:" (Confirm Email), and "CPF:" (CPF). Below the form is a reCAPTCHA widget with the text "Não sou um robô" and "Preencha a caixa acima antes de prosseguir.". At the bottom of the form are two buttons: "Voltar" (Back) and "Cadastrar" (Register). The browser's address bar shows the URL: https://sso.tce.sp.gov.br/Portal/cadastro/cadastro\_usuario.xhtml. The system tray at the bottom indicates the time is 11:12 on 05/10/2020.

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 in the Cadastro TCESP system. The page title is "Cadastro TCESP" and the user is identified as YUKA AKAGUI. The page is divided into several sections: "DADOS PESSOAIS" (Personal Data), "DOCUMENTOS PESSOAIS" (Personal Documents), "TELEFONES" (Phones), "E-MAILS", and "ENDEREÇOS" (Addresses). The "DADOS PESSOAIS" section is active and displays the following information: Name: YUKA AKAGUI, Date of Birth: 10/06/1966, Sex: Feminino, Identity of Gender: Mulher, and a checkbox for LGPD compliance which is checked. At the bottom of the form are two buttons: "EDITAR DADOS" (Edit Data) and "GERAR CERTIFICADO" (Generate Certificate). A "SAIR" (Logout) button is located at the bottom right. The browser's address bar shows the URL: https://www.tce.sp.gov.br/cadtcesp/#/i/pessoa/cadastro. The system tray at the bottom indicates the time is 11:21 on 05/10/2020.

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

7. Imprimir o relatório e encaminhar ao RH no prazo máximo de 5 dias.