



PORT/GGDRH/Nº 64.374 de 14 de Março de 2024

MARCELO OLIVEIRA, Prefeito do Município de Mauá, com fundamento no artigo 92, inciso II, alínea "a" da Lei Orgânica do Município, e tendo em vista o resultado final e homologação do Concurso Público nº 01/2020, Processo Administrativo nº 45/2020, **resolve**:

Artigo 1º — Nomear, a partir de **10/04/2024**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

Artigo 2º — A posse dar-se-á em **24/04/2024**

Artigo 3º — O exercício dar-se-á em **02/05/2024**

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

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

Prefeitura do Município de Mauá, 14 de Março de 2024


Marcelo Oliveira
Prefeito

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


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



CONVOCAÇÃO PARA ATRIBUIÇÃO DE VAGAS

1. Os candidatos convocados deverão comparecer na Av. João Ramalho 205, Vila Noêmia, Mauá, Paço Municipal, para providências de esclarecimento a respeito da documentação e assinatura de ciência da convocação, 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) Certidão e/ou declaração emitida pelo órgão competente em que conste cargo, função ou emprego público exercido naquele órgão, horário de trabalho para comprovação de acúmulo lícito de cargo, função ou emprego público, inclusive com a informação do tipo de vínculo empregatício; (Somente para cargos permitidos o acúmulo lícito de cargo)
- c) Documento de identificação com foto.

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

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

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

6. 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 cargo de sua opção, observada a necessidade da Prefeitura do Município de Mauá.

2. Os candidatos convocados, conforme Anexo II da presente portaria, deverão comparecer ao Departamento de Saúde no Trabalho, no 1º andar do Paço Municipal, na



Avenida João Ramalho 205, Mauá/SP, nas datas e hora indicadas.

3. Estando o candidato incapacitado por razões médicas de comparecer na data indicada, poderá encaminhar um familiar que, por meio de documento comprove o grau de parentesco, apresentando ainda a Cédula de Identidade do candidato e laudo médico de incapacidade, justificará sua ausência e solicitará prorrogação do exame médico.
4. Caso seja testado positivo para a COVID-19, encaminhar atestado médico e resultado do teste. Endereço eletrônico: concursos@maua.sp.gov.br. A justificativa deverá ser encaminhada até 24h da sua apresentação para atribuição de vagas/exame médico admissional/entrega de documentos. O encaminhamento posterior implicará na desistência da vaga e eliminação do presente concurso público.
5. Os candidatos convocados **deverão realizar, às suas expensas, os exames médicos exigidos para cada cargo**, conforme descrito no **Anexo I**, e outros exames e/ou procedimentos que forem julgados necessários pelo Médico do Trabalho.
6. O Departamento de Saúde no Trabalho, caso entenda necessário, poderá exigir a realização de exames complementares, além daqueles descritos no Anexo I, em razão da especificidade do cargo e função a ser ocupado pelo candidato, concedendo um prazo adicional máximo de 10 (dez) dias para a entrega dos resultados e realização de novo exame médico.
7. Os exames exigidos no Anexo I, bem como os possíveis exames complementares, deverão apresentar seus laudos datados de, no máximo, 30 (trinta) dias para exames de sangue, urina e fezes e, no máximo 90 (noventa) dias para exames com laudo e imagem, anteriores à data da marcação do exame médico pré-admissional (Anexo II).
8. **A realização dos exames é de responsabilidade do próprio candidato, ocorrerá às suas expensas, em laboratório de livre escolha.**
9. Os candidatos considerados inaptos no exame médico pré-admissional terão sua nomeação revogada, conforme item 9.7 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

Agente Administrativo, Enfermeiro, Engenheiro Sanitarista

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

Agente de Trânsito e Transporte

1. Avaliação Oftalmológica
2. Audiometria Tonal
3. Hemograma Completo
4. Carteira de Vacina Covid - (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Arquiteto

1. Avaliação Oftalmológica
2. Hemograma Completo
3. USG de punho D, se for destro
4. USG de punho E, se for canhoto
5. Carteira de Vacina Covid - (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Assistente Social, Psicólogo

1. Avaliação Oftalmológica
2. Hemograma Completo
3. Carteira de Vacina Covid - (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Técnico Administrativo

1. Avaliação Oftalmológica
2. Hemograma Completo
3. Carteira de Vacina Covid - (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

ANEXO II - PORTARIA Nº 64.374

CANDIDATOS COTA RACIAL

VAGAS REMANESCENTE CONVOCAÇÕES ANTERIORES

AGENTE ADMINISTRATIVO

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|---------------|------|--------------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 115 | 40 | DANIEL TERSETTI BORGES DE MELO | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 9h | 15/04/24 – 8h30 |
| 116 | 54 | FERNANDES DA FRANCA BASTOS | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 9h | 15/04/24 – 8h30 |

AGENTE ADMINISTRATIVO

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|----------------|------|-----------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 117 | 55 | STEPHANIE LEME | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 9h | 15/04/24 – 8h30 |
| 118 | 56 | GILBERTO SILVA LUIZ | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 9h | 15/04/24 – 8h30 |
| 119 | 57 | DAMARIS VITORINO FERREIRA | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 9h | 15/04/24 – 8h30 |
| 32 LN - 139 LG | 58 | NATALINO PEREIRA DOS SANTOS | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 10h30 | 15/04/24 – 9h30 |
| 120 | 59 | CAMILA VIEIRA DONINI | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 10h30 | 15/04/24 – 9h30 |

AGENTE DE TRÂNSITO E TRANSPORTE

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|---------------|------|------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 14 | 16 | SERGIO LUIS DEOLIVEIRA | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 10h30 | 15/04/24 – 9h30 |

VAGAS REMANESCENTE CONVOCAÇÕES ANTERIORES

ARQUITETO

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|---------------|------|--------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 12 | 2 | CLEIDE DA SILVA CARVALHO | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 10h30 | 15/04/24 – 9h30 |

VAGAS REMANESCENTE CONVOCAÇÕES ANTERIORES

ASSISTENTE SOCIAL

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|---------------|------|----------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 50 | 37 | JAQUELINE DA SILVA BRANDÃO | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 13h30 | 15/04/24 – 9h30 |

ENFERMEIRO

| Classificação | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|---------------|--------------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 92 | HORACIO CAMARGO DE SOUZA SILVA | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 13h30 | 15/04/24 – 10h30 |

VAGAS REMANESCENTE CONVOCAÇÕES ANTERIORES

ENGENHEIRO SANITARISTA

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|---------------|------|-----------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 4 | 1 | ANSELMO ALVES DO NASCIMENTO | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 13h30 | 15/04/24 – 10h30 |

PSICÓLOGO

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|----------------|------|---------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 17 LN – 112 LG | 38 | ALINE MARCIA MARCOS NUNES | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 13h30 | 15/04/24 – 10h30 |

VAGAS REMANESCENTE CONVOCAÇÕES ANTERIORES

TÉCNICO ADMINISTRATIVO

| Classificação | Vaga | Nome | Atribuição | Entrega Documentos | Exame Admissional |
|---------------|------|---------------------------------|---------------|--------------------|-------------------|
| 39 | 31 | CATIA MITIKO SUZUKAYAMA FERNANI | 25/03/24 – 9h | 01/04/24 – 13h30 | 15/04/24 – 10h30 |

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>
- 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>
- VI. Atualização cadastral emitida pelo TCE:
<http://www.tce.sp.gov.br>

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

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

- 1) Preenchimento COMPLETO da Ficha Cadastral com letra de forma (legível e sem rasuras).
- 2) Declaração de Condenação.
- 3) Ato de Análise de Acúmulo de Cargos devidamente preenchido e assinado, mesmo 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, 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) 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 Leves: CNH “B” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).
- 21) Exclusivo para Motorista de Veículos Pesados: CNH “E” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).
- 22) Exclusivo para Motorista de Veículo de Urgência: CNH “D” e certificado de conclusão de curso de Conductor em Veículo de Emergência (mínimo de 90h/aula) e 2 (dois) anos de experiência na área.
- 23) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.
- 24) 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.
- 25) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.
- 26) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais **somente** se estes forem dependentes no Imposto de Renda.
- 27) Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.
- 28) Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.
- 29) 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.
- 30) Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.
- 31) 1 foto 3x4 recente.
- 32) Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item V**
- 33) 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 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

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



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 | |
|--|--|
| "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

- DO TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia do Comprovante de Residência e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DO CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da Certidão de Casamento e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = 01 Cópia da Certidão de União Estável, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANO = 01 Cópia da Certidão de Nascimento, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DE FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QUE ESTEJA CURSANDO FACULDADE E DESEJE UTILIZAR O CONVÊNIO MÉDICO ATÉ COMPLETAR 23 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do Cartão do SUS e 01 Cópia da Declaração de Matrícula na Faculdade.
- Obs. 1 - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH.
Obs. 2 - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor).

DEPENDENTES (1)

| | NOME DO DEPENDENTE | DATA DE NASCIMENTO |
|---|--------------------|--------------------|
| 1 | RG | CPF |
| | GRAU DE PARENTESCO | |
| | NOME DA MÃE | |
| 2 | RG | CPF |
| | GRAU DE PARENTESCO | |
| | NOME DA MÃE | |
| 3 | RG | CPF |
| | GRAU DE PARENTESCO | |
| | NOME DA MÃE | |
| 4 | RG | CPF |
| | GRAU DE PARENTESCO | |
| | NOME DA MÃE | |

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente:

- O servidor tem o prazo de **30 dias**, a contar da data de admissão, para aderir ao convênio sem carência.
- O servidor tem o prazo de **30 dias**, a contar da data em que se iniciar o vínculo com seus novos dependentes, para incluí-los no convênio sem carência.
- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada.
- Que ao requerer **licenças concedidas com prejuízo de vencimentos** terei minha opção pelo uso do Convênio Médico **excluída**, assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato.

Mauá, _____ de _____ de _____ de _____
Servidor (Assinatura)

PARA USO DO DADP

Deliberamos pela:

Concessão do Benefício.

Não Concessão. Motivo: _____

Obs.: _____

Responsável _____ Registro funcional _____ Data ____/____/____



REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE

TIPO DE REQUERIMENTO

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO NÃO OPÇÃO

AUXÍLIO TRANSPORTE

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

DADOS DO SERVIDOR

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

ENDEREÇO RESIDENCIAL

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

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

| | (*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)



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

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

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

Não possuo bens e valores

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

| Item | Discriminação | Valor |
|------|---------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mauá, ____ de _____ de _____

Assinatura

Recebido em: ____/____/____

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

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

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

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



3. Clicar em “Não posso uma conta”



4. Preencher os campos

Portal de Sistemas

PORTAL INSTITUCIONAL | FALE CONOSCO | MINHA CONTA | LOGIN

Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo
Portal de Sistemas

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.

Portal de Sistemas

Cadastro TCESP

Política de privacidade | Tribu...

https://www.tce.sp.gov.br/cadtcesp/#/i/pessoa/cadastro

Cadastro TCESP

YUKA AKAGUI

Início / Dados Pessoais / Edição de Dados

Dados Pessoais

Edição de Dados

Sair

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”.

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