



Prezado Candidato,

Os formulários a seguir deverão ser impressos, preenchidos de forma legível e sem rasura e entregues na Gerência de Gestão de Desenvolvimento em RH, juntamente com os documentos relacionados, na data da apresentação para entrega de documentos.

A documentação e formulários preenchidos deverão ser entregues na Gerência de RH, na Avenida João Ramalho 205, 1º andar.

Optando pelo convênio médico, você deverá trazer original e cópia do Cartão SUS do titular e dependentes.

**TODOS OS DOCUMENTOS ABAIXO SÃO OBRIGATÓRIOS E ESSENCIAIS PARA  
ATENDERMOS ÀS EXIGÊNCIAS DO ESOCIAL**

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

- I. Consulta de Qualificação Cadastral para o eSocial:  
<http://consultacadastral.inss.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: <http://www.receita.fazenda.gov.br>
- IV. Certidão de Quitação Eleitoral: <https://www.tse.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. Declaração de Condenação e Opção de Vencimentos e Declaração de Parentesco – para os cargos em comissão;
4. Ato de Análise de Acumulo 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, a declaração do outro órgão constando carga horária, dias e horários de trabalho;
5. Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção;
6. 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**;
7. Ficha Cadastral Complementar Caixa devidamente preenchida com os documentos solicitados pelo banco já anexados, ou, caso o candidato seja correntista, anexar cópia do cartão da conta corrente;
8. Consulta de Qualificação Cadastral – expedido pelo endereço eletrônico citado no item I – acima;
9. Atestado de Antecedentes Criminais – expedido pelo endereço eletrônico citado no item II acima - (não serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública);
10. 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;
11. Comprovante de cadastro no PIS/PASEP (o cartão cidadão não será aceito como comprovante). Caso seja o primeiro emprego, o candidato deverá comparecer à 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;

12. Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF);
13. Comprovante de situação cadastral do CPF – expedido pelo endereço eletrônico citado no item III acima;
14. Cédula de Identidade (RG) – no caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro;
15. Título de Eleitor, juntamente com os comprovantes de votação na última eleição (1º e 2º turnos) juntamente com a certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no item IV acima; (as justificativas não serão aceitas);
16. Certificado de reservista – (após 45 anos isento Lei JSM);
17. Cartão Nacional de Saúde (SUS);
18. Comprovante de residência atual no nome do candidato;
19. 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);
20. Certificados de cursos específicos, quando a lei, o edital e cargo assim exigirem (para os casos de motoristas de veículos de urgência, apresentar o curso de condutor de veículo de urgência, com, no mínimo 40h/aula);
21. Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir;
22. Certidão Negativa de Pontuação e Certidão de Prontuário (expedidas pelo DETRAN) e CNH categoria B para o cargo de Motorista de Veículos Leves, Agente de Fiscalização Municipal e Agente de Trânsito e Transporte, e CNH categoria D para o cargo de Motorista Veículos de Urgência e CNH categoria E para o cargo de Motorista de Veículos Pesados – as certidões originais e a CNH original e cópia;
23. Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro (a);
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 – somente cópias;
25. Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge e dos pais. No caso de falecidos, Certidão de Óbito – somente cópias;
26. Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos;
27. Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos;
28. Cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício (**completa**) ou preenchimento de declaração de bens e valores;
29. Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado - original;
30. 1 foto 3x4 recente;

***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 DE DEPENDENTES

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	ESCOLARIDADE
	____/____/____		
CPF	CARTÃO SUS		
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
	____/____/____		

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	( ) M / ( ) F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO N°	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	ESCOLARIDADE	
	____/____/____			
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA		
	____/____/____			

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	( ) M / ( ) F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO N°	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	ESCOLARIDADE	
	____/____/____			
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA		
	____/____/____			

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	( ) M / ( ) F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO N°	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	ESCOLARIDADE	
	____/____/____			
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA		
	____/____/____			

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	( ) M / ( ) F			
CARTÓRIO	LIVRO	FOLHA	REGISTRO N°	
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	ESCOLARIDADE	
	____/____/____			
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**

DECRETO Nº 6.465, DE 27 DE AGOSTO DE 2003

**DADOS DO SERVIDOR**

Nome \_\_\_\_\_  
Registro Funcional \_\_\_\_\_ Telefone para contato \_\_\_\_\_  
Estatutário Efetivo Estatutário Temporário CLT Estável CLT Não Estável Frente de Trabalho  
Secretaria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_  
Cargo ou Emprego \_\_\_\_\_  
Data do Exercício \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Carga Horária Semanal \_\_\_\_\_

Em atendimento ao disposto no Artigo 21, § 8º, da Lei Complementar nº 01, de 08 de março de 2002, e artigo 17 do Decreto Municipal nº 6.465, de 27/08/03

**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.

Exerceu outro cargo, emprego ou função pública. 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 do outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto nº 6.465, de 27/08/03.

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 Artigo 16, § 4º, do Decreto nº 6.465 de 27/08/03 e Artigo 14 da Lei Municipal 4.135 de 02/02/2007 e à vista dos documentos apresentados, delibero pela:

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 do Decreto nº 6.465 de 27/08/03 e 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) CÔD. TRANSP.	QTD. DIA	EMPRESA	LINHA Nº	VALOR UNITÁRIO	(*2) CÔD. DADP.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(\*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

OS = ÔNIBUS SIMPLES  
OM = ÔNIBUS / METRÔ  
EMTU = TRÔLEIBUS  
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\$ 168,00	<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$ 546,47

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. - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS = 01 Cópia da Certidão de Nascimento; Se MAIOR DE 18 ANOS: 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 da Certidão de Nascimento; 01 Cópia do Comprovante de Matrícula na Faculdade e 01 Cópia do Comprovante de Pagamento da Mensalidade Atual e 01 Cópia do cartão do SUS. - DE COMPANHEIRO(A), QUANDO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG deste Companheiro(a); 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS. - DE COMPANHEIRO(A), QUANDO NÃO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG; 01 Cópia da 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.

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		

(1) Cônjuge ou Companheiro; Filhos menores de 21 anos; Filhos até 24 anos, cursando nível superior;

TERMO DE COMPROMISSO
Declaro estar ciente: - No ato da admissão, o Servidor tem prazo de 30 dias, para opção da adesão na Categoria de Assistência Médica e o mesmo prazo, a partir da data que o dependente adquirir o direito ao uso do Convênio Médico para inclui-lo(s), caso contrário, deverá <u>cumprir os prazos de carência</u> estipulados em contrato e preencher a Declaração de Saúde. - Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade da Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção acima assinalada. - Em caso de <u>Faltas Injustificadas</u> , com mais de 20 dias consecutivos, será suspenso o uso do Convênio Médico. - Que ao requerer <u>quaisquer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos</u> terá sua opção pelo uso do Convênio Médico <u>excluída</u> e nova inclusão estará sujeita ao cumprimento de carências estipulados em contrato. Mauá, ____ de _____ de _____ Servidor (Assinatura)

PARA USO DO DADP
Deliberamos pela: <input type="checkbox"/> Concessão do Benefício. <input type="checkbox"/> Não Concessão. Motivo: _____ Obs.: _____ Responsável _____ Registro func. _____ Data ____ / ____ / ____

## 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	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, hemorroidas, aneurisma, entre outras)? Especificar.										
203	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireoide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar.										
204	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfisema, 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	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, lúpus, 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, 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, braquioterapia 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	1	2	3	4	5
Peso (kg)										
Altura (m)										

Caso um ou mais participantes apresentem uma ou mais das situações assinaladas positivamente (com "S" - sim), especifique as considerações que julgar pertinentes no quadro descritivo abaixo.

Quadro descritivo

Item	Cod. Titular/Dependente	Descrição	Uso Médico (CIDE-10)

**DECLARO, AINDA, QUE:**

- 4. Declaro estar ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente (DLP), minha ou de meus dependentes, no momento da contratação, da qual tenha conhecimento, desde que comprovado, poderá gerar processo administrativo previsto no art. 15 e Incisos, da RN 162/2007.
- 5. Declaro estar ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro vigente e art. 10, inciso IV, da RN 162/2007, se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos na Declaração de Saúde (DS) ficarei sujeito, além do processo administrativo constante do item 4, retro, ao ressarcimento das despesas médicas realizadas.
- 6. Declaro ter conhecimento de que o presente instrumento refere-se ao Plano Coletivo, contratado junto à MEDICAL HEALTH, por meio da proposta nº \_\_\_\_\_.
- 7. Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento, que preenchi de próprio punho todas as informações nele constantes e que não omiti informações de saúde, relativas a mim e meu(s) dependente(s), tendo prestado dados verdadeiros e completos de forma espontânea.

**Proponente/Beneficiário Titular:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Médico Orientador (somente para a opção 2 ou 3 da Entrevista Qualificada):**

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Proponente/Beneficiário Titular preencher de próprio punho esta Declaração.

\_\_\_\_\_

CRM e assinatura sob carimbo do médico





**FICHA CADASTRO COMPLEMENTAR  
ABERTURA DE CONTA BANCÁRIA**

NOME		
DATA NASCIMENTO ____/____/____	LOCAL DE NASCIMENTO	
CPF	GRAU DE INSTRUÇÃO	
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE COMERCIAL	CELULAR
E-MAIL		
ESTADO CIVIL	NOME DO CÔNJUGE	
DATA NASCIMENTO CÔNJUGE ____/____/____	CPF CÔNJUGE	
RESIDÊNCIA ( ) Própria ( ) Financiada ( ) Alugada ( ) Cedida		

POSSUI PATRIMÔNIO? ( ) N / ( ) S	
QUAIS?	
IMÓVEL VALOR:	VEÍCULO VALOR:

**ATENÇÃO**

**Não correntista:** Anexar a esta ficha, cópia: RG, CPF e Comprovante de residência

**Correntista:** Anexar cópia do cartão com o número da conta corrente (legível)





**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES PARA SERVIDORES**

**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 nº \_\_\_\_\_, agente público municipal, ciente dos termos da Lei Federal nº 8.429, de 2 de junho de 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, conforme segue:.

Itens	Discriminação	Valor

Mauá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura do Agente Público

Recebi em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo/Nome/Assinatura/RF  
Chefia de Recursos Humanos