



Prezado candidato,

Os formulários a seguir deverão ser impressos, preenchidos de forma legível e sem rasura e entregues no local indicado na portaria de nomeação, juntamente com os documentos relacionados, na data da apresentação para entrega de documentos.

Para contratação, deverá o candidato comparecer ao RH, no dia e horário agendados e apresentar a documentação comprobatória completa abaixo discriminada, sob pena de ser considerado desistente do processo.

TODOS OS DOCUMENTOS ABAIXO SÃO OBRIGATÓRIOS

1. Preenchimento COMPLETO da Ficha Cadastral com letra de forma (legível e sem rasuras);
2. Declaração de Acumulação de Cargos, quando for o caso;
3. Atestado de Antecedentes Criminais **Original** expedido pela Secretaria de Segurança Pública - que pode ser retirado em qualquer unidade do Poupatempo ou pela internet no endereço eletrônico www.ssp.sp.gov.br (**não** serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública);
4. Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) - original e cópias das páginas da foto e do verso da foto. E da comprovação de experiência, para cargos em que são exigidos por lei;
5. Comprovante de cadastro no PIS/PASEP (o cartão cidadão **não** será aceito como comprovante) – original e cópia frente e verso;
6. Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF) - original e cópias;
7. Comprovante de situação cadastral do CPF - **Original** (disponível no endereço eletrônico: www.receita.fazenda.gov.br);
8. Cédula de Identidade (RG) – original e cópia; no caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro – originais e cópias;
9. Título de Eleitor, juntamente com os comprovantes de votação na última eleição (1º e 2º turnos) - originais e cópias, ou na falta dos comprovantes, certidão de quitação eleitoral **Original** que pode ser retirada no cartório eleitoral ou pela internet: www.tse.sp.gov.br (as justificativas **não** serão aceitas);
10. Certificado de reservista – original e cópia frente e verso (após 45 anos isento Lei JSM);
11. Cartão Nacional de Saúde (SUS) – original e cópia;
12. Comprovante de residência atual – original e cópia;
13. Comprovante de escolaridade, de acordo com o exigido por lei ou no edital para o exercício do cargo (diploma de graduação de nível superior ou de nível médio devidamente assinados – juntamente com o técnico ou histórico escolar) – originais e cópias frente e verso;
14. 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) – originais e cópias;
15. Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir – originais e cópias;
16. 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;
17. Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro (a) – Original e cópia;
18. 1 foto 3x4 recente;
19. Certidão de Nascimento, RG, CPF, Título de Eleitor, Carteira de Trabalho e Cartão SUS dos filhos solteiros de zero até 21 anos de idade ou até 24 anos, se universitário – cópias;
20. Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge e dos pais. No caso de falecidos, Certidão de Óbito – cópias;
21. Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos – Original e cópia;
22. Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos – Original e cópia;
23. Cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício (**completa**) ou preenchimento de declaração de bens e valores;
24. Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado – sendo considerado como desistente, caso não compareça ao exame no dia e horário marcado;

Os documentos acima são **exclusivamente** para abertura de prontuário do servidor. Para abertura de conta corrente e no caso de opção de convênio médico, é necessário se atentar para os documentos solicitados nos devidos formulários.

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).



FICHA CADASTRAL (Preencher com letra de forma)

Ficha Básica

Nome Completo (sem abreviaturas)

Cargo:

Classificação no Concurso Público:

Nº _____

POSSUI OUTRO CONTRATO (TRABALHANDO) NA PREFEITURA DE MAUÁ () NÃO () SIM RF Nº _____

Sexo () M / () F	Estado Civil	Grau Instrução	Data Nascimento / /	Nacionalidade () Brasileira / () Estrangeira
CTPS nº	Série	UF	Data Expedição	CPF nº
PIS/PASEP nº	Data Expedição	Raça/Cor	Deficiente Físico () Sim () Não	Deficiência

Ficha Complementar

Endereço:

Nº	Complemento	Bairro		
Cidade	CEP	Telefone Fixo	Celular	
Cidade Nascimento	Nº Cédula de Identidade	Org. Expedidor	UF	Data Expedição
Cartão SUS nº				

Tipo de Certidão Civil: () Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento

Matrícula da Certidão Civil nº	Cartório	Data de Emissão da Certidão			
Registro nº	Livro nº	Folha nº	Cidade/Estado Certidão Civil		
Passaporte nº	Órgão Emissor	Estado	Data de Emissão	Data de Validade	
Registro de Identidade Civil RIC nº	Data Expedição	Órgão Emissor	Estado Emissor	Cidade de Emissão	Vencimento do RIC

Se estrangeiro naturalizado:

Cédula de Identidade Nº	Org. Expedidor	UF	Data Expedição	Cartão SUS Nº
-------------------------	----------------	----	----------------	---------------

Se estrangeiro não naturalizado

Ano chegada	Tipo Visto	Registro Estrangeiro	Validade Visto	Validade CTPS
Nº Título de Eleitor	Zona	Seção	Certificado de Reservista nº	Categoria
Nº Habilitação	Categoria	Expedição	Validade	1ª Habilitação
Conselho Profissional	Registro no Conselho	E-mail particular		

Tipo de Certidão Civil: () Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento

Matrícula da Certidão Civil nº	Cartório	Data de Emissão da Certidão
--------------------------------	----------	-----------------------------



Ficha Familiar

Nome Pai		Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR () Sim / () Não	
Cidade de Nascimento	Estado	País	Carteira de Identidade			
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado	
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº		
Filiação:						
Nome Mãe		Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR () Sim / () Não	
Cidade de Nascimento	Estado	País	Carteira de Identidade			
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado	
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº		
Filiação:						
Nome Cônjuge		Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR () Sim / () Não	
Cidade de Nascimento	Estado	País	Carteira de Identidade			
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado	
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº		
Filiação:						

Filhos

Nome		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Nome		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Nome		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	



Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Título de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Nome		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Título de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Nome		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Título de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	

FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSOS DE FORMAÇÃO

Curso	Instituição	Nível	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Nível	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Nível	Conclusão	Situação

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

Curso	Instituição	Carga Horária	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Carga Horária	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Carga Horária	Conclusão	Situação

HISTÓRICO PROFISSIONAL

EMPREGOS ANTERIORES: (Relacionar todos os empregos anteriores, incluindo vínculos públicos)

1. Empresa:	Admissão	Demissão
2. Empresa:	Admissão	Demissão
3. Empresa:	Admissão	Demissão
4. Empresa:	Admissão	Demissão
5. 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) 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	TS 3C = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
OM = ÔNIBUS / METRÔ	TS 3BJI = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (BARUERI / JANDIRA / ITAPEVI)
EMTU = TRÔLEIBUS	TS 3 O = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO)
MT = METRÔ	TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CAPITAL)
MO = METRÔ / ÔNIBUS	OI = ÔNIBUS INTERMUNICIPAL
TS 2 = TREM SUBÚRBIO CPTM	

(*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)



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



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	
<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) 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.</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		

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

TERMO DE COMPROMISSO	
<p>Declaro estar ciente:</p> <p>- 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 cumprir os prazos de carência estipulados em contrato e preencher a Declaração de Saúde.</p> <p>- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade da Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção acima assinalada.</p> <p>- Em caso de Faltas Injustificadas, com mais de 20 dias consecutivos, será suspenso o uso do Convênio Médico.</p> <p>- Que ao requerer quaisquer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos terá sua opção pelo uso do Convênio Médico excluída e nova inclusão estará sujeita ao cumprimento de carências estipulados em contrato.</p>	
<p>Mauá, ____ de _____ de _____ Servidor (Assinatura)</p>	

PARA USO DO DADP	
<p>Deliberamos pela:</p> <p><input type="checkbox"/> Concessão do Benefício.</p> <p><input type="checkbox"/> Não Concessão. Motivo: _____</p> <p>Obs.: _____</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	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, 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	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 hemodálise? 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

	Dependentes				
	1	2	3	4	5
Titular					
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	Cód. Titular/ Dependente	Descrição	Uso Medical CID-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 Res.:	Telefone Com:
Celular:	Email:
Estado civil:	Nome do cônjuge:
Data Nascimento do cônjuge:	CPF cônjuge:
Residência: () Própria () Financiada () Alugada () Cedida	
Possui patrimônio:() Não () Sim. Quais?	
Imóvel Valor: R\$	Veículo Valor: R\$

ATENÇÃO:

Anexar à esta ficha, cópias dos documentos:

- RG;
- CPF;
- Comprovante de Residência atualizado