PORT/GGDRH/Nº 69.475 de 20 de outubro de 2026

MARCELO OLIVEIRA, Prefeito do Município de Mauá, com fundamento no artigo 55, inciso VIII, da Lei Orgânica do Município, e tendo em vista o resultado final do concurso público nº 01/2024, processo administrativo nº 3.246/2024, resolve:

Artigo 1º — Nomear, a partir de **11/11/2026**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

Artigo 2º — A posse dar-se-á em **25/11/2026**.

Artigo 3º — O exercício dar-se-á em **01/12/2026**.

Artigo 4º — Para providências de nomeação, posse e exercício, previstos nos artigos 8º, 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 nos 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, 20 de outubro de 2026

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
Secretária Municipal
Secretaria de Administração e Modernização

CÓDIG
O
183
VS.8

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 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) Certidão e/ou declaração emitida pelo órgão competente em que conste cargo, função ou emprego público exercido naquele órgão, horário de trabalho (inclusive HTPCS e HTP), para comprovação de acúmulo lícito de cargo, função ou emprego público, inclusive com a informação do tipo de vínculo empregatício;

c) Documento de identificação com foto.

OBS: A entrada dar-se-á pelo Boulevard.

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, Diretores de Escola e cargos privativos para a área da Saúde, 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. Assinada a ficha de escolha de vagas pelo candidato, não será permitida, em hipótese alguma, troca de vaga escolhida, sob qualquer pretexto.

6. 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.

7. O não comparecimento para atribuição no dia e horário mencionado implicará na desistência e eliminação do concurso público, não cabendo recurso.

8. A entrega dos documentos para o cargo de Auxiliar de Desenvolvimento Infantil será no Centro de Formação de Professores Miguel Arraes, situado na Rua Rio Brando, 183, Centro, Mauá/SP, na sala da Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH, nas datas e horários conforme descrito no cronograma de convocação (Anexo II). A entrada dar-se-á pelo Boulevard.

9. A entrega de documentos dos Professores será no Paço Municipal, na Central de Atendimento ao Servidor, na Avenida João Ramalho 205, Vl Noêmia, Mauá/SP, térreo, nas datas e horários conforme descrito no cronograma de convocação (Anexo II).

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-900,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

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 Mezanino do Paço Municipal, na Avenida João Ramalho 205, Mauá/SP, nas datas e hora indicadas.

3. Estando o candidato incapacitado por razões médicas de comparecer na data indicada, poderá encaminhar um familiar, que por meio de documento comprove o grau de parentesco, apresentando ainda a Cédula de Identidade do candidato e laudo médico de incapacidade, representante 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. 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 10.10 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.

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-900,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

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).

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-900,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

Anexo I

Exames Médicos e Laboratoriais para todos os cargos

AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

1. Glicemia de jejum
2. Hemograma completo
3. Radiografia de coluna lombar (com laudo)
4. Ultrassonografia de ombros bilateral (com laudo)
5. Ultrassonografia de punhos bilateral (com laudo)
6. Carteira de vacinação (original e cópia) ou comprovante digital contendo:
   - Hepatite B: 3 doses
   - Dupla adulto (dT – Difteria e Tétano): 3 doses
   - Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola): 2 doses (20 aos 29 anos) ou 1 dose (30 aos 49 anos)
   - Febre amarela: dose única
   - Influenza (gripe): 1 dose anual
   - Covid-19: conforme faixa etária e grupo de risco
   -

PEB II - Geografia

1. Avaliação com otorrinolaringologista
2. Audiometria tonal
3. Avaliação oftalmológica (acuidade visual e refração)
4. Hemograma completo
5. Glicemia de jejum
6. Radiografia de coluna lombar (com laudo)
7. Ultrassonografia de ombros bilateral (com laudo)
8. Ultrassonografia de punhos bilateral (com laudo)
9. Carteira de vacinação (original e cópia) ou comprovante digital contendo:
   - Hepatite B: 3 doses
   - Dupla adulto (dT – Difteria e Tétano): 3 doses
   - Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola): 2 doses (20 aos 29 anos) ou 1 dose (30 aos 49 anos)
   - Febre amarela: dose única
   - Influenza (gripe): 1 dose anual
   - Covid-19: conforme faixa etária e grupo de risco

Avaliações Otorrinolaringologista, Oftalmologista e Exames de imagem têm validade de 3 meses.
Demais Exames Laboratoriais têm validade de 30 dias

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-900,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
Secretaria de Administração e Modernização
Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH

ANEXO II – PORTARIA Nº 69.475 - CONCURSO 01/2024

CANDIDATOS COTA RACIAL

CANDIDATO PCD

VAGAS REMANESCENTES					
AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL					
Classificação	Vaga nº	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
8 PCD – 1825 LG	5	MARIANE DA SILVA MEIRA	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 11h
63	31	DAMIANA BARROS DE LIMA	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 13h
64	36	CAMILA DA SILVA	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 13h15
65	37	AURELIA NOGUEIRA CANDIDO	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 13h30
9 PCD – 2622 LG	41	NEIDE SILVA GOMES	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 13h45
15 LN – 110 LG	48	RAQUEL NUNES MUNIZ VICENTE	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 14h

AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL					
Classificação	Vaga nº	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
66	56	LIDIANE DA SILVA CASTRO	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 14h15
67	57	ROSÂNGELA GARDELIN	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 14h30
16 LN – 117 LG	58	ROSANGELA MARIA GONÇALVES PEREIRA	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 14h45
68	59	ADRIANA PEREIRA PRATES	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 15h
69	60	GIOVANNA INFANTE LOPES	28/10/2026 – 9h	09/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 15h30

PEB II – GEOGRAFIA					
Classificação	Vaga nº	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
2 LN – 18 LG	3	ELISANGELA ALVES DOS S. FELIX MELO	28/10/2026 – 9h	03/11/2026 – 9h	16/11/2026 – 15h45

ANEXO III

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO

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 de 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.

Todos os documentos serão digitalizados e encaminhados ao Tribunal de Contas, portanto, documentos pequenos deverão estar centralizados e a qualidade da impressão deverá ser boa, não podendo estar borrada ou manchada ou escura.

CONCURSO 01/2024

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

I. Consulta SisCAAnet – Tribunal de Contas:
http://www.tce.sp.gov.br/siscaanet
II. Atestado de Antecedentes Criminais expedido pela Secretaria de Segurança Pública:
https://www2.ssp.sp.gov.br/aacweb/carrega-formulario
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 quanto 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) Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item V. Bem como o Extrato CNIS (expedido pelo mesmo endereço)**
5) Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção.
6) Termo de opção de convênio médico, juntamente com os documentos relacionados no formulário em caso de opção.
7) Consulta SisCAAnet – Tribunal de Contas, expedido pelo endereço citado no **item I.**
8) 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.

9) CTPS digital**.** Imprimir a página do contrato de trabalho.
- **Obs**: não será aceita a CTPS física.

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) Cópia do RG. Caso o RG tenha sido emitido há mais de 10 anos: trazer a Carteira de Identidade Nacional – CIN. **Não serão aceitos cópias de RG emitidos há mais de 10 anos.**
- 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) Somente para Professores (PEB I / PEB II / PEB II – AEE), Diretores de Escola e Supervisores de Ensino:

- Diploma ou certificado do curso de formação, de acordo com os requisitos exigidos para o exercício do cargo;
- Certidão e/ou declaração emitida pelo órgão competente em que conste cargo, função ou emprego público exercido naquele órgão, horário de trabalho (inclusive H.T.P.C.), para comprovação de acúmulo lícito de cargo, função ou emprego público, inclusive com a informação do tipo de vínculo empregatício.

19) Certificados de cursos específicos quando a lei, o edital e cargo assim exigirem.

20) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.

21) 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.

22) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.

23) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais **somente** se estes forem dependentes no Imposto de Renda.

24) Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.

25) Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.

26) 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.

27) Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.

28) 1 foto 3x4 recente.

29) 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.

30) A Prefeitura de Mauá, caso entenda necessário, a qualquer momento poderá solicitar outros documentos, os quais serão solicitados em tempo hábil e de forma inequívoca.

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).

POR GENTILEZA, NÃO DATE NENHUM DOCUMENTO/FORMULÁRIO!!

Por gentileza, **NÃO DATAR OS FORMULÁRIOS!!!!!!!**

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
			____/____/____	
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, inclusive os de vínculo público)

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

_____

Assinatura do Servidor

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

ATO DE ANÁLISE DE ACÚMULO DE CARGO

DADOS DO SERVIDOR

NOME _____

REGISTRO FUNCIONAL _____ **TELEFONE DE CONTATO** _____

☐ Estatutário Efetivo ☐ Estatutário Temporário ☐ CLT ☐ ACS / ACE ☐ Bolsista

SECRETARIA: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

CARGO OU EMPREGO: _____

DATA DO EXERCÍCIO: _____/_____/_____ **CARGA HORÁRIA SEMANAL:** _____

HORÁRIO DE TRABALHO _____

Em atendimento ao disposto no Artigo 21, §8º, da Lei Complementar nº 01, de 08 de março de 2002, e artigo 16 do Decreto Municipal nº 6.465, de 27 de agosto de 2003,

DECLARO

☐ Exercer outro cargo, emprego ou função pública de: _____
conforme declaração e/ou atestado em anexo, constando o local de trabalho, endereço e o horário de trabalho, sendo que utilizarei _____ como meio de transporte, gastando no percurso _____ minutos.

☐ Não exercer outro cargo, emprego ou função pública.

☐ Exerci outro cargo, emprego ou função pública. Estou ciente de que devo entregar documento comprobatório da rescisão ou exoneração de cargo ou emprego.

☐ Estar aposentado pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS/INSS, desde _____/_____/_____, Conforme Declaração de Beneficiário anexa.

☐ Ser pensionista pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS/INSS, desde _____/_____/_____, conforme Declaração de Beneficiário anexa.

☐ Estar aposentado por Regime Próprio pelo(a) _____
desde _____/_____/_____, conforme Portaria nº _____, de _____/_____/_____, anexa.

Declaro estar ciente de que, em caso de alteração da situação ora declarada, devo requerer expedição de novo "Ato de Análise de Acúmulo de Cargo", onde juntarei declaração de horário do outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto Municipal nº 6.465/03.

Declaro, ainda, não estar em gozo de licença por auxílio-doença ou aposentado por invalidez.

Mauá, _____/_____/_____ _____

Assinatura

PARECER DO ÓRGÃO CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS

Considerando o disposto no Art. 16, § 4º, do Decreto Municipal nº 6.465/03, e à vista dos documentos apresentados, delibero:

☐ Legalidade do acúmulo do cargo, emprego ou função pública declarados, devendo, ainda, ser observado, para o ato da nomeação, os intervalos mínimos entre os locais de trabalho, em conformidade com o disposto no § 3º, artigo 16, do Decreto Municipal nº 6.465/03 e suas alterações.

☐ Negado o requerimento de acúmulo de cargo, emprego ou função pública, por não atender às exigências previstas legalmente.

☐ Pela nomeação do candidato habilitado, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

☐ Pela alteração de jornada.

☐ Pela alteração de horário de trabalho.

☐ Pela Atribuição de Carga Suplementar de Trabalho Docente – ACSTD.

☐ Pela atribuição anual de classes/aulas, tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

Mauá, _____/_____/_____ _____

Assinatura

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

☐ **OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO** ☐ **NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO**

EMPRESA CONTRATADA

"CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)"

TIPO DE PLANO

☐ **FAMILIAR BÁSICO: R$ 296,47** ☐ **FAMILIAR SUPERIOR: R$ 882,65**

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)

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

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente:

- Os beneficiários **terão ate 30 (trinta) dias para se manifestar** o interesse em ingressar no plano, isentos do cumprimento de carências, e sem quaisquer restrições, observando a Resolução Normativa – RN no. 195 da ANS e suas alterações.
- A inclusão de cônjuge ou filhos recém-nascidos, **deverá ser feita até 30 (trinta) dias**, após a data do casamento ou nascimento, no caso de companheira (o), de acordo com a legislação, mediante a apresentação das respectivas certidões;
- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada e 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_____ _____
Servidor *(Assinatura)*

PARA USO DO DADP

Deliberamos pela:

Concessão do Benefício.
Não Concessão. Motivo: _____

Obs.: _____

Responsável_____Registro funcional_____Data_____/_____/ _____

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-520,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

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

REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE
OBS. IMPRIMIR FRENTE E VERSO

TIPO DE REQUERIMENTO

☐ **INCLUSÃO** ☐ **ATUALIZAÇÃO** ☐ **EXCLUSÃO DO BENEFÍCIO** ☐ **NÃO OPÇÃO**

AUXÍLIO TRANSPORTE

LEI Nº 3.901, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2005

- **Art. 3°** O Auxílio Transporte constitui benefício que será concedido pela Administração aos seus servidores, para utilização efetiva em despesas de deslocamento da residência para o trabalho e vice-versa.
- § 1° Será utilizado no sistema de transporte coletivo público urbano ou interurbano com características semelhantes aos urbanos, geridos diretamente ou mediante concessão ou permissão de linhas regulares, excluídos os serviços ou meios de transportes seletivos, especiais e rodoviários.
- § 2° Será restrito aos servidores em efetivo exercício de suas funções.
- § 3° Será restrito aos dias de trabalho e no limite de 50 (cinquenta) deslocamentos mensais, considerando-se como unidade um deslocamento, em qualquer direção, de sua residência para o local de trabalho e vice-versa, excetuadas aquelas realizadas nos deslocamentos em intervalos para repouso ou alimentação, durante a jornada de trabalho.
- **Art. 4°** O Auxílio Transporte será custeado:
- **I)** pelo Servidor, em parcela equivalente a 3% (três por cento) do vencimento básico ou salário base, excluídos quaisquer adicionais ou vantagens; **II)** pela Administração, por meio de bilhetagem eletrônica ou em pecúnia, de natureza jurídica indenizatória, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com o transporte coletivo, nos termos do art. 3° desta Lei, excedentes ao valor apurado no inciso I." (Atualização dada pela Lei n° 5.784, de 22 de novembro de 2021)
- **Art. 7°** A utilização indevida do Auxílio Transporte caracteriza falta grave passível de demissão, sujeitando o responsável às penalidades previstas em Lei, assim como a suspensão ou cassação definitiva do benefício.

DECRETO Nº 6.465, DE 27 DE AGOSTO DE 2003:

- **Art. 144** - §1º As ocorrências de faltas, abonadas, justificadas ou injustificadas, licenças e afastamentos de qualquer natureza, implicam no desconto do valor correspondente à respectiva quantidade de dias na antecipação do mês subsequente.
- §2º Somente farão jus ao vale-transporte os servidores cuja localização relativa residência/trabalho, **que será avaliada pelo Órgão Central de Recursos Humanos**, justifique a concessão do benefício.

DADOS DO SERVIDOR

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

ENDEREÇO RESIDENCIAL

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

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

	(*1) CÓD. TRANSP.	QTD. IDA e VOLTA	Nº DA LINHA	INFORMAR: EMPRESA + CIDADE + NOME DA LINHA Caso use Trem ou Metrô, Informar se a recarga deve ser no Bilhete Único ou TOP	Bilhete Único	TOP	VALOR UNITÁRIO	ESCALA - NÃO PREENCHER
1								
2								
3								
4								VISTO

(*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

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

(*2) CÓDIGO DADP (PREENCHIDO NO DADP).

TS 3C =TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
TS 3BJ =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
IT = INTEGRAÇÃO TRÓLEBUS + ONIBUS (DIADEMA ou SÃO MATHEUS)

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.
- 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;
- É de responsabilidade do servidor ingressante providenciar os cartões de transporte que serão utilizados e que não sejam providenciados pela Prefeitura de Mauá, como por exemplo os cartões TOP (Governo Estado) e Bilhete Único (Prefeitura de SP)

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)*

MANIFESTAÇÃO DA CGP

De acordo com o Art. 3º da LM 3901/2005 c/c Art. 2º do Decreto 6894/06, **CONCEDO** o benefício.

_____/_____/ _____ _____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal *(Assinatura)*

Cadastro do Benefício

_____/_____/ _____ _____

Responsável pelo Cadastro *(Assinatura)*

INDEFERIMENTO

À

Indefiro conforme justificativa abaixo. Cientificar o Servidor.

Em_____/_____/ _____ _____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal *(Assinatura)*

DECRETO N°6894 DE MAIO DE 2006

- Art. 4º Para fazer jus e perceber mensalmente o auxílio transporte, o Servidor deverá requerer o benefício em formulário próprio, constante do Anexo Único deste Decreto, juntamente com a apresentação de comprovante de residência, e autorizar o desconto de 3% (três por cento) do salário/vencimento-base em folha, para composição do custeio do benefício.
- Parágrafo único. **Serão aceitos para a comprovação de residência os seguintes documentos, por ordem de preferência:**
- I. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome do Servidor ou de seus ascendentes, acompanhadas da prova de filiação (cópia do RG ou Certidão de Nascimento), emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias;
- II. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome de cônjuge ou de seus ascendentes, emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias, desde que acompanhada de cópia da Certidão de Casamento;
- III. cópia de contrato de locação onde conste o nome do Servidor ou de seu cônjuge, neste caso acompanhada de cópia da Certidão de Casamento;
- IV. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome de terceiros, emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias, acompanhadas de cópia de correspondência de Instituição Bancária Pública ou Privada, ou ainda administradora de cartão de Crédito, cuja identificação do Servidor (nome e endereço do titular) esteja impressa no próprio envelope, devidamente carimbado pelos Correios, com data de expedição de no máximo 90 (noventa) dias;
- V. cópia de contas de água, luz, gás, condomínio ou telefonia fixa, em nome de terceiros, emitidas no prazo máximo de 90 (noventa) dias, acompanhadas de Certidão de Matrícula em Instituição de Ensino Fundamental, Médio ou Superior, do exercício corrente, onde conste o nome do Servidor e o endereço residencial, correspondente à conta apresentada;
- VI. notificação do Imposto de Renda do último exercício ou recibo da Declaração referente ao exercício em curso, em nome do Servidor, onde conste o endereço declarado;
- VII. atestado de residência firmado por autoridade policial ou judicial.

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-520,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

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

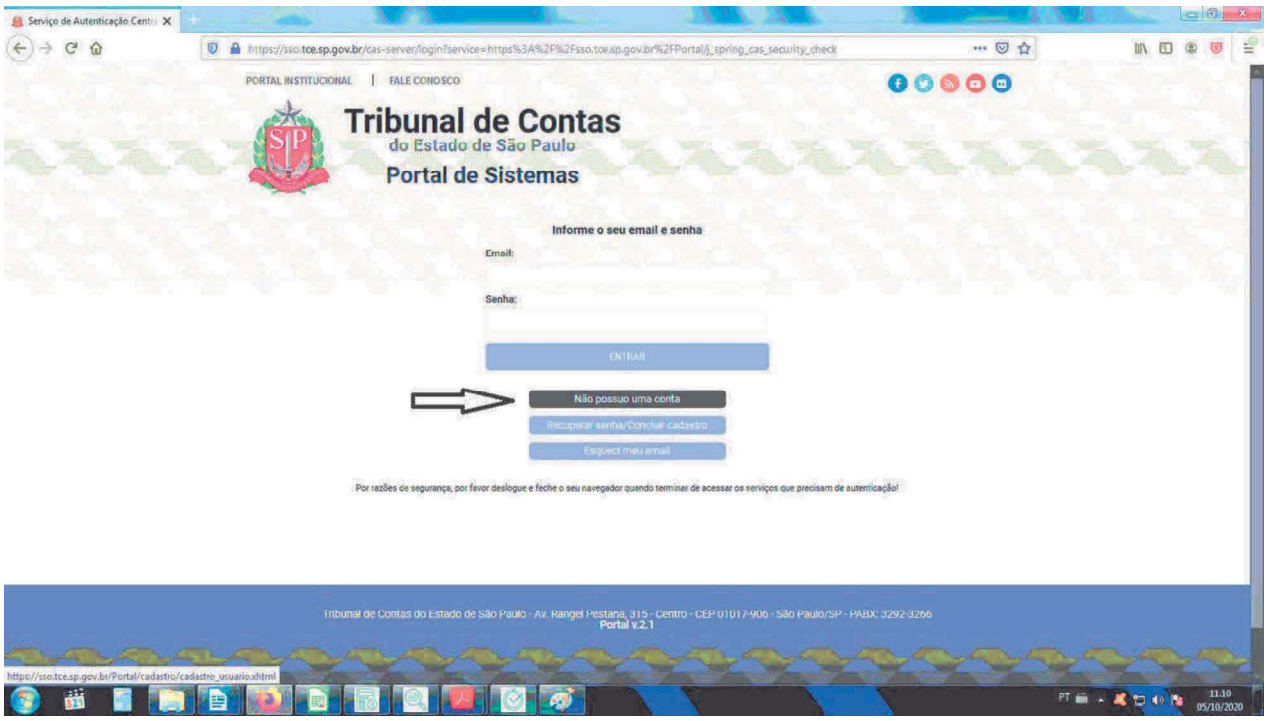
AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-900,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

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

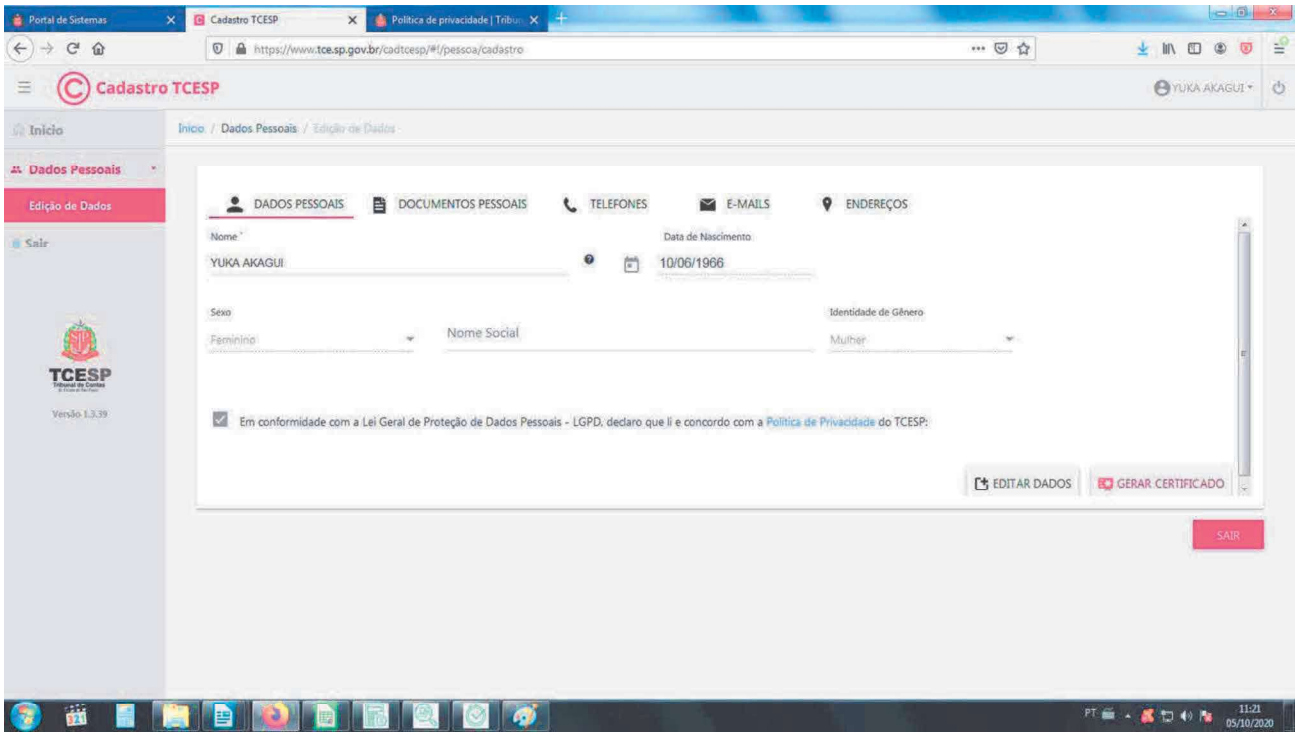
1. Acessar o site http://www.tce.sp.gov.br
2. Clicar em **login** (em destaque)

3. Clicar em “Não possuo uma conta”



4. Preencher os campos

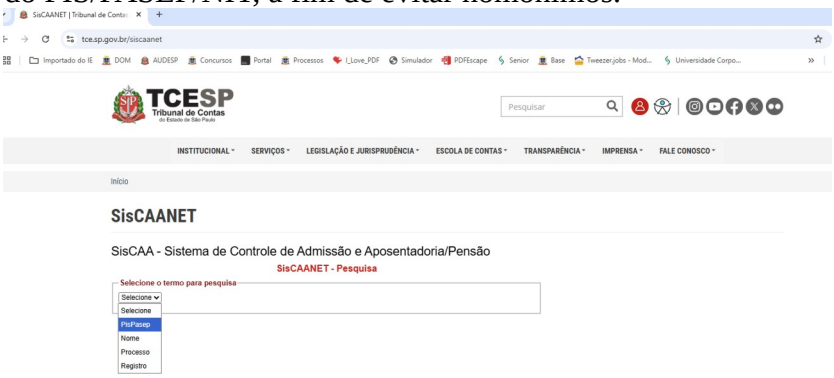
5. Clicar no botão “Cadastrar”.
6. Você será direcionado à seguinte página, onde você deverá preencher todos os dados solicitados.



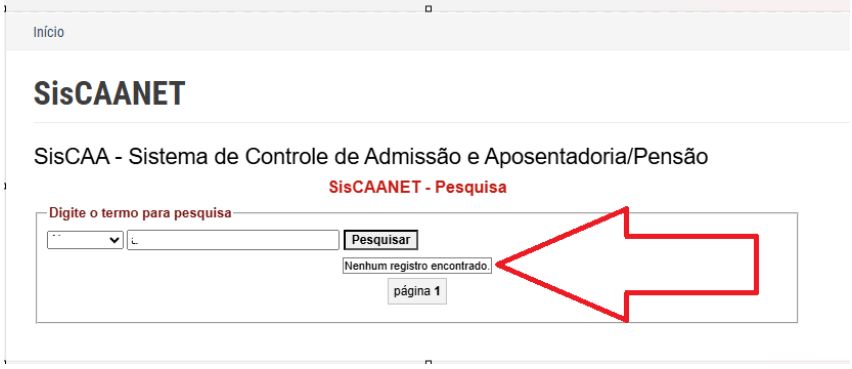
6. Após inclusão de todos os dados solicitados, clicar em “Gerar Certificado”.

ORIENTAÇÕES PARA O SISCAA-NET

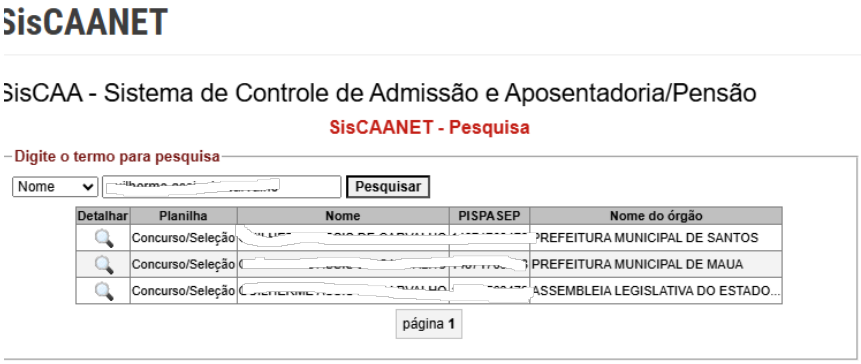
1. Selecione o termo de pesquisa, conforme imagem abaixo. A pesquisa deve ser feita pelo número do PIS/PASEP/NIT, a fim de evitar homônimos.



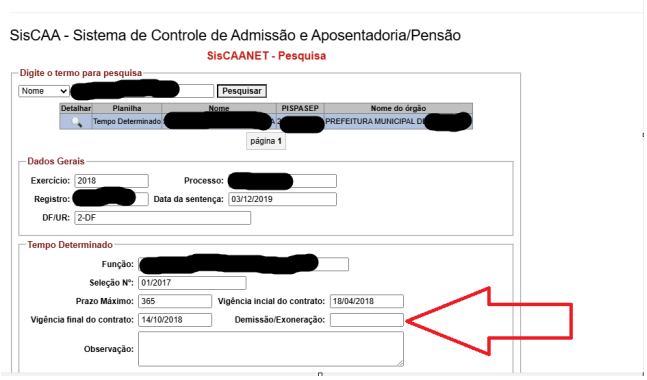
2. Caso o candidato não tenha vínculo anterior com algum órgão público:



3. Em caso de existência de vínculo anterior.



4. Imprima a página, mesmo que o resultado seja “NENHUM REGISTRO ENCONTRADO”.
5. Caso haja informações a serem listadas, clique na LUPA de cada planilha e imprima cada vínculo existente.
6. Se houver algum vínculo em aberto como o mostrado na figura abaixo, entre em contato com o vínculo anterior e solicite a “baixa” no sistema AUDESP.



7. Caso não consiga efetuar a pesquisa ou não tenha entendido:
   - **Não abrir chamado no Tribunal.**
   - **Não clicar no botão “fale conosco”.**
   - **Na data da apresentação da documentação, converse com a equipe do RH da Prefeitura.**