



Prezado Candidato,

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

A documentação e os formulários preenchidos deverão ser entregues na Coordenadoria de Gestão de Pessoas, na Avenida João Ramalho 205, Vila Noêmia, Mauá, 1º andar.

Optando pelo Convênio Médico, você deverá trazer original e cópia do Cartão SUS do titular e de todos os dependentes.



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

1. Preenchimento 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](http://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 no edital;
5. Comprovante de cadastro no PIS/PASEP – original e cópia frente e verso;
6. Cédula de Identidade (RG) – original e cópia;
7. Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF) - original e cópias;
8. Comprovante de situação cadastral do CPF - original (disponível no endereço eletrônico: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));
9. Título de Eleitor juntamente com os comprovantes de votação na última eleição (1º e 2º turnos) - originais e cópias frente e verso, ou certidão de quitação eleitoral original que pode ser retirada no cartório eleitoral ou pela internet: [www.tse.sp.gov.br](http://www.tse.sp.gov.br) (as justificativas não serão aceitas);
10. Certificado de reservista – original e cópia frente e verso;
11. Comprovante de residência atual – original e cópia;
12. Comprovante de escolaridade, de acordo com o exigido no edital para o exercício do cargo (diploma de graduação de nível superior ou de nível médio – juntamente com o técnico ou histórico escolar) – originais e cópias frente e verso;
13. Certificados de cursos específicos, quando 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;
14. Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando o cargo assim exigir – originais e cópias;
15. Certidão Negativa de Pontuação e Certidão de Prontuário (expedidas pelo DETRAN) e CNH categoria B para os cargos de Motoristas de Veículos Leves e Agentes de Fiscalização de Trânsito, e CNH categoria D para o cargo de Motorista Veículos de Urgência – as certidões originais e a CNH originais e cópias;
16. Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento (para solteiros) – Original e cópia;
17. 1 foto 3x4 recente;
18. Certidão de Nascimento dos filhos com até 21 anos de idade ou até 24 anos, se universitário – Original e cópia;
19. Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos – Original e cópia;
20. Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos – Original e cópia;
21. Cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício (completa) ou preenchimento de declaração de bens e valores;
22. 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;
23. 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 e não será contratado, se demitido ou exonerado do serviço público em consequência de processo administrativo (por justa causa ou a bem do serviço público).

\* Para fins de abertura de conta corrente na Caixa Econômica Federal: Apresentar **cópias do RG, CPF e Comprovante de Residência expedidos com no máximo 60 dias.**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO  
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

FICHA CADASTRAL (Preencher com letra de forma)

Ficha Básica

Nome Completo (sem abreviaturas)

Sexo ( ) M / ( ) F	Estado.Civil	Grau Instrução	Data Nascimento / /	Nacionalidade ( ) Brasileira / ( ) Estrangeira	
Se estrangeiro <b>não naturalizado</b>	Ano chegada	Tipo Visto	Registro Estrangeiro	Validade Visto	Validade CTPS
Cart.Trabalho nº	Prev.Social Série	UF	Data Expedição	CPF nº	
PIS/PASEP nº	Data Expedição	Raça/Cor	Deficiente Físico ( ) Sim ( ) Não	Deficiência	

POSSUI OUTRO CONTRATO (TRABALHANDO) NA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ ( ) NÃO ( ) SIM RF Nº \_\_\_\_\_

Ficha Complementar

Endereço:	Nº	Complemento				
Cidade	Bairro	CEP	Telefone Fixo	Celular		
Cidade Nascimento	Nº Cédula de Identidade	Org. Expedidor	UF	Data Expedição		
Se estrangeiro naturalizado	Nº Cédula de Identidade	Org. Expedidor	UF	Data Expedição		
Nº Título de Eleitor	Zona	Seção	Nº Habilitação	Categoria	Data Habilitação	Vencimento Habilitação
Nº Certi. Reservista	Categoria CR	Conselho Profissional	Registro no Conselho	E-mail particular		

Ficha Familiar

Nome Pai	Data Nascimento	Grau Instrução	Dependente IR ( ) Sim / ( ) Não	Idade Limite ( 00 )
Nome Mãe	Data Nascimento	Grau Instrução	Dependente IR ( ) Sim / ( ) Não	Idade Limite ( 00 )
Nome Cônjuge	Data Nascimento	Grau Instrução	Dependente IR ( ) Sim / ( ) Não	Idade Limite ( 99 )

Filhos

Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil		
Grau Instrução	Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil		
Grau Instrução	Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil		
Grau Instrução	Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil		
Grau Instrução	Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro

FORMAÇÃO ACADÊMICA: \_\_\_\_\_

EMPREGOS ANTERIORES: (Relacionar todos os empregos anteriores, incluindo vínculos públicos que não estejam anotados em Carteiras)

1. Empresa:	Admissão	Demissão
2. Empresa:	Admissão	Demissão
3. Empresa:	Admissão	Demissão
4. Empresa:	Admissão	Demissão



#### DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei e para fins de posse no serviço público, que não fui condenado em sentença irrecorrível pelos crimes citados no § 3º do artigo 21, da Lei Complementar nº 01/2002, (roubo, homicídio qualificado, abuso de confiança, falsidade fraudulenta, estelionato, falsidade ou crime cometido contra a administração pública, segurança nacional). Declaro ainda, que não fui demitido a bem do serviço público de cargo ou emprego público ou destituído de cargo em comissão ou função pública, no período de 5 (cinco) anos, nas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Declaro sob as penas da Lei, que não estou em licença e/ou recebendo por motivo de aposentadoria, por invalidez, amparo assistencial ao idoso e ao deficiente, auxílio doença ou auxílio doença acidentário E estou ciente de que a falsidade das informações prestadas implica em pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal, nos termos legais.

Afirmo de que todos os dados acima são expressão da verdade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor

#### PORTAL DE SERVIÇOS RH ON LINE

A Prefeitura de Mauá, por meio da Secretaria de Administração e Modernização – SAM, está disponibilizando um Portal de Serviços denominado RH Online, que tem como objetivo permitir o acesso a todos os Servidores a diversos serviços prestados pela CGP – Coordenadoria de Gestão de Pessoas, como por exemplo, o Holerite Mensal, o Comprovante de Rendimentos Anual, a Programação de Férias Anual, as Portarias Publicadas, os Patrimônios e as Faltas Abonadas Anuais. Estão disponíveis também uma série de informações importantes para o Servidor, como por exemplo: Calendário Anual de Pagamentos e Feriados, o Fale Conosco, Lista de Telefones Úteis, Formulários Diversos, Legislação, Links Interessantes e o Manual do Servidor.

Todos os Servidores Públicos poderão ter acesso a este Portal, pois o conteúdo foi construído, tendo como principal objetivo disponibilizar informações relevantes sobre a vida funcional do Servidor.

Sallentamos que todas as informações apresentadas por este Portal são de responsabilidade da CGP e que poderá realizar a qualquer tempo, quaisquer alterações nestas informações conforme a necessidade da legislação vigente e também de acordo com a necessidade da própria CGP.

**Autorizo o cadastro e concordo com as normas de uso da rede e da internet, descritas na Política de uso da Rede e Internet e compreendo que o uso de meu login de acesso é de minha responsabilidade. Estou consciente de que o acesso ao RH Online é controlado e monitorado.**

**Não autorizo.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor

#### ACUMULO DE CARGO

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

Não exercer outro cargo, emprego ou função pública.

Estou ciente de que em caso de alteração da situação ora declarada, devo preencher Ato de Análise de Acumulo de Cargo, onde juntarei declaração de horário de outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto nº 6.465 de 27/08/2003.

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

#### BENEFÍCIOS

Os formulários para Auxílio Creche, Auxílio Transporte, Convênio Médico, dentre outros, encontram-se disponíveis no Portal do Servidor – RH Online, bem como na Coordenadoria de Gestão de Pessoas.

Caso seja do interesse do Servidor qualquer um destes benefícios em seu ingresso, solicitamos comunicar ao responsável pela contratação, para devido preenchimento no momento da admissão ao serviço público. Porém, nos casos de alterações ou posterior interesse, torna-se necessário a impressão dos formulários, juntamente com os documentos exigidos para cada benefício em específico, e a devida entrega no balcão de atendimento da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, sempre atentando para os prazos estabelecidos para o mesmo.

**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;

Para o benefício do **Convênio Médico**, o Servidor tem o prazo de 30 dias (a contar da data da admissão) para opção de adesão na Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção assinalada no formulário próprio.

Estou ciente de que tenho prazos para apresentar documentos necessários no caso de optar pelos benefícios de Auxílio Transporte, Convênio Médico, entre outros, sendo que vencendo o prazo, no caso do convênio médico, deverei cumprir o prazo de carência estipulado no contrato.

#### CONTA CORRENTE CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Para que a sua conta corrente seja efetivamente aberta, solicitamos que no ato da entrega de documentos ao RH, sejam entregues também, cópias dos documentos exigidos pelo banco: RG, CPF e Comprovante de Residência atualizados. O servidor deverá comparecer na Agência localizada no piso subsolo do Paço Municipal, de 5 a 10 dias úteis após o início de exercício para assinatura do contrato.

Declaro que estou de acordo com todas as informações prestadas neste formulário.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor



**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) COD. TRANSP.	QTD. DIA	EMPRESA	LINHA Nº	VALOR UNITÁRIO	(*2) COD 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)



### CONVÊNIO MÉDICO – TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR			
NOME DO SERVIDOR		REGISTRO FUNCIONAL	
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR
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\$ 110,81		<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$ 329,52	
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
<p>- DO TITULAR = 02 Cópias do RG; 02 Cópias do CPF e 02 Cópias do Comprovante de Residência. - DO CÔNJUGE = 02 Cópias do RG; 02 Cópias do CPF e 02 Cópias da Certidão de Casamento. - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS = 02 Cópias da Certidão de Nascimento; Se MAIOR DE 18 ANOS: 02 Cópias do RG e do CPF. - 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 = 02 Cópias da Certidão de Nascimento; 02 Cópias do Comprovante de Matrícula na Faculdade e 02 Cópias do Comprovante de Pagamento da Mensalidade Atual. - DE COMPANHEIRO(A), QUANDO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 02 Cópias do RG deste Companheiro(a) e 02 Cópias do CPF. - DE COMPANHEIRO(A), QUANDO NÃO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 02 Cópias do RG; 02 Cópias da CPF e 02 Cópias de Escritura Pública de Convivência, solicitada em Cartório, comprovada convivência mínima de 2 anos.</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

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 **cumprir os prazos de carência** 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 **Faltas Injustificadas**, com mais de 20 dias consecutivos, será suspenso o uso do Convênio Médico.
- 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.

Mauá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Servidor (Assinatura)

### PARA USO DO DADP

Deliberamos pela:

- Concessão do Benefício.  
 Não Concessão. Motivo: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_\_ Registro func. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



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



## 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 cardiovascular: (pressão alta, angina, infarto, derrames, arritmias, entre outras)? Especificar.										
202	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombose, 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 (peíneo, 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 colagenoses (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, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar.										
220	Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenóide, entre outras)? Especificar.										
221	Transtornos psiquiátricos: (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar.										
222	Realiza diálise ou hemodiálise? Especificar.										
223	Realiza quimioterapia, branquioterapia ou radioterapia? Especificar.										
224	Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.										
225	Transtorno de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, entre outras)? Especificar.										
226	Sofre de alguma doença não mencionada acima?										
227	Alguma intervenção/cirurgia?										

### Quadro de Peso e Altura

	Titular	Dependentes				
		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	Cód. Titular/Dependente	Descrição	Uso Medical CID-10

**DECLARO, AINDA, QUE:**

- 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.
- 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.
- Declaro ter conhecimento de que o presente instrumento refere-se ao Plano Coletivo, contratado junto à MEDICAL HEALTH, por meio da proposta nº \_\_\_\_\_
- 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