



PORT/GGDRH/Nº 61.040 de 24 de Fevereiro de 2022

MARCELO OLIVEIRA, Prefeito do Município de Mauá, com fundamento no artigo 92, inciso II, alínea "a" da Lei Orgânica do Município, e tendo em vista o resultado final do concurso público, processo administrativo nº 3.929/2019, resolve:

Artigo 1º — Nomear, a partir de **16/03/2022**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo I da presente portaria, para os respectivos cargos.

Artigo 2º — A posse dar-se-á em **23/03/2022**.

Artigo 3º — O exercício dar-se-á em **01/04/2022**.

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

Prefeitura do Município de Mauá, 24 de Fevereiro de 2022


Marcelo Oliveira
Prefeito

Registrada na Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH.
Publique-se na imprensa local, nos termos da Lei Orgânica do Município.


Wagner Rubinelli
Secretário Municipal
Secretaria de Administração e Modernização



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 providências de escolha de vagas munidos de cópias simples do documento de identificação com foto com 15 (quinze) minutos de antecedência:
2. Assinada a ficha de escolha de vagas pelo candidato, não será permitida, em hipótese alguma, troca de vaga escolhida, sob qualquer pretexto.
3. Caso as vagas 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 se realizará no dia, horário e local estabelecido, obedecendo rigorosamente a ordem de convocação/classificação, sendo que os mesmos serão chamados nominalmente, utilizando-se, para isso, a lista de classificação final.
5. O candidato que se apresentar após sua chamada poderá escolher as vagas remanescentes, por ordem de classificação, após o último candidato presente para o horário.
6. O não comparecimento para atribuição no dia e horário mencionado implicará na desistência e eliminação do concurso público, não cabendo recurso.
7. A entrega de documentos será no Centro de Formação de Professores Miguel Arraes, situado na Rua Rio Branco, 183, Centro, Mauá/SP, 10º andar, nas datas e horários conforme descrito no cronograma de convocação (Anexo I).

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 I do presente edital, deverão comparecer ao Departamento de Saúde no Trabalho, no 1º andar do Paço Municipal, na Avenida João Ramalho 205, Mauá/SP, nas datas e hora indicadas.
3. Estando o candidato incapacitado por razões médicas de comparecer na data indicada, poderá encaminhar um familiar, que por meio de documento comprove o grau de parentesco, apresentando ainda a Cédula de Identidade do candidato e laudo médico de incapacidade, 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 II**, 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 II, 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 II, 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 I).
8. **A realização dos exames é de responsabilidade do próprio candidato, ocorrerá às suas expensas, em laboratório de livre escolha.**
9. O candidato considerado inapto no exame médico pré-admissional poderá interpor recurso da decisão junto ao Departamento de Saúde no Trabalho, no prazo de 24h do exame pré-admissional, preenchendo o Anexo III do Edital de Abertura de Inscrições, e terá um prazo de 10 (dez) dias para apresentação de novos resultados, contados a partir da data da publicação do resultado da inaptidão do candidato.
 - a) O recurso deverá ser devidamente fundamentado e juntados novos documentos.
 - b) A interposição do recurso suspende o prazo para nomeação/posse/exercício do candidato.
 - c) Sendo o candidato considerado novamente inapto, não haverá segunda instância de recurso, de re-análise de recurso interposto ou pedidos de revisão de recurso, sendo, portanto, o candidato eliminado do presente concurso público.
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 II, 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 II.
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, deverá ser entregue na Gerência de Recursos Humanos da Secretaria de Educação.

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).



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

ANEXO I

CANDIDATOS NEGROS

PCD – CANDIDATOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

MERENDEIRAS

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Exames Admissionais	Entrega Documentos
1	1	MARIA LEUZILDA DA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
2	2	VANESSA APARECIDA PEREIRA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
1 LN – 3 LG	3	WESLEY SILVA DOS REIS	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
4	4	ELISANGELA ALVES DO NASCIMENTO GODINHO	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
1 PCD – 554 LG	5	PAULA ANGELOTI HERTS	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
5	6	DEBORA COSTA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
6	7	MARIA IONE DE LIMA VICTOR SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
2 LN – 16 LG	8	INAIRA ANA SANT'ANNA DA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
7	9	KLEBER JUNIOR DE CASTRO	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
8	10	EVELYN ALEXANDRE MURCELA BORGES	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
9	11	GISLAINE MARGARETE DOS SANTOS SARO	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
10	12	MARIA DO CARMO DE ANDRADE	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
3 LN – 19 LG	13	VAGNER MAGALHÃES RODRIGUES	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 10h	16/03/2022 – 9h
11	14	RAQUEL SOARES DE OLIVEIRA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
12	15	JOELMA ALVES FERREIRA DA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
13	16	VALERIA GUTIERRE	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
14	17	JOYCE DE ANDRADE FARIA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
5 LN – 24 LG	18	JESSICA DA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
15	19	CINTIA BOHRER OLOCAS	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
17	20	FABIANA SANTOS FERNANDES	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
18	21	FABIANA SIMOES GHINATO LIMA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
20	22	RINA DA SILVA SCHETTINO	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
8 LN – 50 LG	23	MARIA CRISTINA MUSSULIN VIANA DA CRUZ	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
21	24	MILENE LOPES NASCIMENTO	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
22	25	FELIPE SOARES	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 9h
23	26	DANIELLE DA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 13h30	16/03/2022 – 10h
25	27	VANDA DOS SANTOS GALINDO	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
9 LN – 63 LG	28	MARCELO SILVA BORGES	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
26	29	ANGELA DANTAS FERRAZ	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
27	30	EDILAINE KIRSTEN	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
28	31	VIVIANE PASCOAL	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
29	32	RONALDO DE BARROS	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
10 LN – 65 LG	33	PEDRO DURAES DOS SANTOS	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
30	34	ROGERIO RIBEIRO DOS SANTOS	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
31	35	ALEX SANDRO ANTONIO BARBOSA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
32	36	MARCELO LUIZ DA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
33	37	ANDRES ALEJANDRO VALENCIA GODOY	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
11 LN – 66 LG	38	GEILTON INACIO DA SILVA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 14h30	16/03/2022 – 10h
34	39	GETULIO ALVES DE SANTA ROSA	09/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
35	40	OCILIO CARVALHEDO FEITOSA JUNIOR	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
36	41	JOAO DAVID VASQUEZ ALTAMIRANO	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h

37	42	ALAN JEFFERSON COSTA	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
12 LN – 67 LG	43	FATIMA APARECIDA DA CONCEIÇÃO	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
38	44	ELADIA MARIA VIEIRA FERREIRA	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
39	45	JONAS DA SILVA SALES	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
40	46	FERNANDO DA COSTA	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
41	47	EDNA APARECIDA LEITAO	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
13 LN – 80 LG	48	ORISMAR FELIPE DA SILVA	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
42	49	ALANE JESSICA DA SILVA DO VALE	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
43	50	LUCAS CRUZ OLIVEIRA	14/03/2022 – 14h	15/03/2022 – 15h30	16/03/2022 – 10h
44	51	JESSICA CRISTINA PAULINO BIAO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
45	52	ADRIANA SANTOS DE JESUS PIRES	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
14 LN – 85 LG	53	MARIA APARECIDA BARROSO ROMEIRO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
46	54	IVETE APARECIDA DE OLIVEIRA FRANCISCO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
47	55	MARIA APARECIDA SOUSA DE OLIVEIRA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
48	56	IZAQUEU MATEUS	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
49	57	LUCIA HELENA PANSIERI DE MELLO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
16 LN – 104 LG	58	SAMANTA PAULINO BIAO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
51	59	ROSENALDA ROSENA DE SOUZA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
52	60	ISABEL DE MACEDO SOUZA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
53	61	CLAUDIA TORRES SEGECIC	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
54	62	JACIRA MARIA DE BRITO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
19 LN – 125 LG	63	THIAGO LOURENÇO SENA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
55	64	TATIANE DOS SANTOS ORTIZ SILVA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
56	65	SALOMAO DE SOUSA PEREIRA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 14h30	15/03/2022 – 14h
57	66	GLAUCIA CARDOSO SILVA GOMES	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
58	67	ANDREA APARECIDA TEIXEIRA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
21 LN – 131 LG	68	VANESSA GOMES COSTA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
59	69	THIAGO APARECIDO ALVES CARDOSO DE ALMEIDA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
60	70	JULIANA CHAVES TIMO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
61	71	MARIA CECILIA DE SOUZA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
62	72	SARAH RAQUEL AREAS PERLATTI	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
22 LN – 136 LG	73	REGIANE CRISTINA DA SILVA GOMES	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
64	74	MAISA MARTINS DE SOUZA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
68	75	JORDELINA DO PRADO BRAGA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
69	76	MARIA DA PENHA CARVALHO PASQUALE	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
70	77	VERA LUCIA ALBANO GOMES	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
23 LN – 138 LG	78	FERNANDA BARBOSA OLIVEIRA	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
71	79	VALENTINA RINO DO PRADO MANSO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h
72	80	ELIANA MOREIRA DE OLIVEIRA ELEUTERIO	14/03/2022 – 14h	17/03/2022 – 15h30	15/03/2022 – 14h



ANEXO II

Exames Médicos e Laboratoriais

1. Avaliação Oftalmológica
2. Coprocultura
3. Hemograma Completo
4. PPF
5. RX de Coluna Lombar
6. Urina Tipo I
7. Carteira de Vacinação Covid (Cópia e Original)

Avaliações Otorrinolaringologista, Oftalmologista e Exames de imagem têm validade de 3 meses.

Demais Exames Laboratoriais têm validade de 30 dias



ANEXO III

Prefeitura do Município de Mauá - Concurso Público nº 02/2020

Nome do candidato:

Email:

Nº Inscrição/Classificação:

Cargo:

Tipo de Recurso:

- () Contra Edital
- () Contra Isenção de Taxa
- () Contra Gabarito
- () Contra Pontuação Prova Objetiva
- () Outros

Embasamento

LER ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO

Prezado candidato,

Os formulários a seguir deverão ser impressos e preenchidos de forma legível e sem rasura, de preferência em letra de forma maiúscula, e entregues dentro de um envelope grande, juntamente com os documentos relacionados, na data da apresentação dos documentos.

Os documentos deverão ser entregues, rigorosamente, na ordem da lista de documentos.

As cópias deverão ser tiradas em folha tamanho A4 e não poderão ser recortadas nem tampouco dobradas ou grampeadas.

Optando pelo convênio médico, trazer cópias extras dos documentos conforme relacionado no Termo de Opção do Convênio.

Caso a documentação não esteja de acordo com o estabelecido acima, o processo de admissão não terá seguimento, devendo o candidato retornar em nova data, conforme orientado pelo setor de Admissão.

CONCURSO 02/2020

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

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

- I. Consulta de Qualificação Cadastral para o e-social:
<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/qualificar.xhtml>
ou
<http://esocial.dataprev.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/resultadoqualificacao.xhtml>
- II. Atestado de Antecedentes Criminais expedido pela Secretaria de Segurança Pública:
<http://www.ssp.sp.gov.br/servicos/atestado.aspx>
- III. Comprovante de situação cadastral do CPF:
<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>

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) Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção.
- 5) Termo de Opção de Convênio Médico devidamente preenchido e assinado, mesmo em caso de não opção.
 - No caso de opção, o servidor deverá preencher e assinar também a Declaração de Saúde e anexar **todos os documentos relacionados no referido formulário**.
- 6) Consulta de Qualificação Cadastral, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item I**.
- 7) Atestado de Antecedentes Criminais, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item II**.
 - **Obs: não** serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública.
- 8) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS): original e cópias das páginas da foto e do verso da foto. E da comprovação de experiência para cargos em que são exigidos por lei.
 - Caso não tenha a Carteira de Trabalho: imprimir a Carteira de Trabalho Digital (que poderá ser obtida pelo aplicativo oficial, na loja de aplicativos).
- 9) Comprovante de cadastro no PIS/PASEP.
 - Caso seja o primeiro emprego, o candidato deverá comparecer a uma agência da Caixa para pegar um documento que comprove que não há nenhum PIS em seu nome e também ao Banco do Brasil para a negativa do PASEP.
- 10) Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).

- 11) Comprovante de situação cadastral do CPF, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item III**.
- 12) Cédula de Identidade (RG).
 - No caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro.
- 13) Título de Eleitor, juntamente com a certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no **item IV**.
 - **Obs:** as justificativas **não** serão aceitas.
- 14) Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.
 - **Obs:** após 45 anos, isento pela Lei JSM.
- 15) Cartão Nacional de Saúde (SUS).
- 16) Carteira de vacinação.
- 17) Comprovante de residência atual no nome do candidato.
- 18) 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).
- 19) Somente para Professores (PEB I / PEB II / PEB II – AEE) e Diretores:
 - 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.
- 20) Certificados de cursos específicos quando a lei, o edital e cargo assim exigirem.
- 21) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.
- 22) Certidão de Nascimento, RG, CPF e cartão SUS dos filhos solteiros de zero a 21 anos de idade ou até 24 anos, se universitário. **Obs:** somente cópias.
- 23) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.
- 24) Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais **somente** se estes forem dependentes no Imposto de Renda.
- 25) Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.
- 26) Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.
- 27) 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.
- 28) Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.
- 29) 1 foto 3x4 recente.
- 30) Comprovante de vacinação COVID-19.
- 31) Preenchimento do “Termo de Ciência – Cadastro no CadTCESP”
- 32) Declaração de Atualização Cadastral emitida pelo TCE após o cadastramento no CadTCESP.
- 33) Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item V**.

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).

As cópias deverão estar impressas em folhas de tamanho A4. Favor não cortar os documentos.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO EM RH
DIVISÃO DE SELEÇÃO DE DESEMPENHO E QUALIDADE FUNCIONAL

FICHA CADASTRAL

FICHA BÁSICA

NOME COMPLETO					RF
CARGO					CLASSIFICAÇÃO LG / Lista Especial
Possui outro contrato (trabalhando) na Prefeitura de Mauá? () Não () Sim – RF nº _____					
SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	
() M / () F			____/____/____	() Brasileira / () Estrangeira	
CTPS	SÉRIE	UF	DATA EXPEDIÇÃO	CPF	
			____/____/____		
PIS / PASEP		DATA EXPEDIÇÃO	RAÇA / COR	DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIÊNCIA
		____/____/____		() S / () N	

FICHA COMPLEMENTAR

ENDEREÇO					
NÚMERO	COMPLEMENTO			BAIRRO	
CIDADE			CEP	TELEFONE FIXO	
TELEFONE CELULAR		CIDADE/ESTADO/PAÍS DE NASCIMENTO			
CÉDULA DE IDENTIDADE		ÓRGÃO EXPEDIDOR / UF	DATA EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS	
			____/____/____		
Tipo de Certidão Civil: () Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento					
MATRÍCULA DA CERTIDÃO CIVIL			CARTÓRIO	DATA DA EMISSÃO	
				____/____/____	
REGISTRO Nº	LIVRO Nº	FOLHA Nº	CIDADE/ESTADO DA CERTIDÃO CIVIL		
PASSAPORTE Nº	ÓRGÃO EMISSOR		UF	DATA EMISSÃO	DATA VALIDADE
				____/____/____	____/____/____
TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	CERTIFICADO DE RESERVISTA		CATEGORIA
CNH	CATEGORIA	DATA EMISSÃO	DATA DA VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO	
		____/____/____	____/____/____	____/____/____	
CONSELHO PROFISSIONAL	REGISTRO NO CONSELHO		E-MAIL PARTICULAR		

SE ESTRANGEIRO NATURALIZADO

REGISTRO Nº	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	DATA EXPEDIÇÃO
			____/____/____
PAÍS DE NASCIMENTO	ESTADO/PROVÍNCIA DE NASCIMENTO	CIDADE DE NASCIMENTO	

FICHA FAMILIAR

NOME DO PAI

DATA NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

____/____/____

() Sim / () Não

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DA MÃE

DATA NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

____/____/____

() Sim / () Não

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DO CÔNJUGE

DATA NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

GRAU DE INSTRUÇÃO

DEPENDENTE I.R.

____/____/____

() Sim / () Não

CIDADE NASCIMENTO

ESTADO

PAÍS

CÉDULA DE IDENTIDADE

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

FILIAÇÃO

NOME DO FILHO

DATA NASCIMENTO

SEXO

ESTADO CIVIL

LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)

____/____/____

() M / () F

CARTÓRIO

LIVRO

FOLHA

REGISTRO Nº

CÉDULA DE IDENTIDADE

DATA EXPEDIÇÃO

UF

DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?

____/____/____

() Sim / () Não

CPF

CARTÃO SUS

CERTIDÃO DE ÓBITO

DATA DO ÓBITO

MATRÍCULA

____/____/____

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO		LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO		LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO		LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

NOME DO FILHO				
DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	
____/____/____	() M / () F			
CARTÓRIO		LIVRO	FOLHA	REGISTRO Nº
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO	UF	DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA?	
	____/____/____		() Sim / () Não	
CPF	CARTÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO		DATA DO ÓBITO	MATRÍCULA	
		____/____/____		

FORMAÇÃO ACADÊMICA**CURSO DE FORMAÇÃO**

CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	

HISTÓRICO PROFISSIONAL**EMPREGOS ANTERIORES (Relacionar todos os empregos anteriores, inclusive os de vínculo público)**

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

Assinatura do Servidor

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____ e CPF nº _____,
classificado(a) no Concurso Público sob o nº _____, para
exercer o cargo de _____, declaro, sob as penas da lei e para
fins de posse no serviço público, que não fui condenado(a) em sentença irrecorrível pelos
crimes citados no § 3º do artigo 21, da Lei Complementar nº 01/2002, (roubo, homicídio
qualificado, abuso de confiança, falência fraudulenta, estelionato, falsidade ou crime
cometido contra a administração pública, segurança nacional).

Declaro, ainda, que não fui demitido(a) a bem do serviço público de cargo ou
emprego público ou destituído(a) de cargo em comissão ou função pública, no período de 5
(cinco) anos, nas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Estou ciente de que a falsidade das informações prestadas implica em pena
de responsabilidade administrativa, civil e criminal, nos termos legais.

MAUÁ, ____/____/____.

Assinatura do Candidato



ATO DE ANÁLISE DE ACÚMULO DE CARGO

DADOS DO SERVIDOR

NOME _____

REGISTRO FUNCIONAL _____ **TELEFONE DE CONTATO** _____

Estatutário Efetivo Estatutário Temporário CLT Estável CLT Não Estável Bolsista

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 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, 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 o 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



REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE

TIPO DE REQUERIMENTO

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO NÃO OPÇÃO

AUXÍLIO TRANSPORTE

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

DADOS DO SERVIDOR

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

ENDEREÇO RESIDENCIAL

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

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

	(*1) CÓD. TRANSP.	QTD. DIA	EMPRESA	LINHA Nº	VALOR UNITÁRIO	(*2) CÓD. DADP.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

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

TS 3C = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
TS 3BJI = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (BARUERI / JANDIRA / ITAPEVI)
TS 3 O = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO)
TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CAPITAL)
OI = ÔNIBUS INTERMUNICIPAL

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

TERMO DE COMPROMISSO / AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

- Para fazer uso do sistema de Auxílio Transporte, declaro que resido no endereço acima descrito, com a respectiva apresentação do comprovante de endereço, conforme disposto no artigo 4º, parágrafo único do Decreto 6894/06.
- Comprometo-me a atualizar as informações supra, anualmente ou sempre que ocorrerem alterações, e a utilizar o Auxílio Transporte que me for concedido exclusivamente quando da utilização do sistema de transporte coletivo no percurso residência-trabalho e vice-versa.
- Estou ciente de que, na hipótese de infringir tal compromisso, a Prefeitura do Município de Mauá poderá dispensar-me por Justa Causa, nos termos do artigo 7º, § 3º do Decreto nº 95.247/87, ou demitir-me em razão da aplicação das penalidades cabíveis, nos termos do disposto no artigo 7º da Lei Municipal 3901 de 29/12/2005.

AUTORIZO A CGP (COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS) A DESCONTAR MENSALMENTE DE MEUS VENCIMENTOS, ATÉ O LIMITE DE 3% (TRÊS POR CENTO) DO MEU SALÁRIO, O VALOR DESTINADO A COBRIR O PAGAMENTO DO AUXÍLIO TRANSPORTE POR MIM UTILIZADO.

Mauá, ____ de ____ de ____
Servidor (Assinatura)



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\$ 210,94	<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$669,03

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- DO TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia do Comprovante de Residência e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DO CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da Certidão de Casamento e 01 Cópia do cartão do SUS.
 - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) 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.
 - DO(A) COMPANHEIRO(A), QUANDO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do cartão do SUS e Cópia da Certidão de Nascimento / RG do(s) filho(s) em comum.
 - DO(A) COMPANHEIRO(A), QUANDO NÃO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do 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.
- * As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH.

* **TODOS DEVERÃO PREENCHER A DECLARAÇÃO DE SAÚDE** (Disponível no PORTAL DO SERVIDOR e/ou na Recepção do RH)

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:

- 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 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 func. _____ Data ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome do beneficiário titular: _____

Contrato: _____

Entrevista qualificada:

Faça a opção dentre uma das condições:

1. Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo e que, tendo conhecimento de todos os itens deste instrumento optei por não fazer a Entrevista Qualificada (EQ) com o auxílio de Médico Orientador, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas na Declaração de Saúde (DS); **OU**
2. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador indicado pela MEDICAL HEALTH, sem ônus financeiro para mim, para a realização da Entrevista Qualificada (EQ) e a orientação para o preenchimento da minha Declaração de Saúde (DS) e de meus dependentes; **OU**
3. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador de minha livre escolha e confiança, não indicado pela MEDICAL HEALTH, para auxiliar-me, estando ciente de que assumirei integralmente o ônus financeiro desta minha opção, sem direito a nenhuma espécie de reembolso.

O preenchimento do formulário deverá ser feito pelo Proponente de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio do médico orientador.

Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, utilizando **S (sim)** ou **N (não)**.

Item	Sabe ser portador de:	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
201	Doenças do aparelho cardiocirculatório (pressão alta, angina, infarto, derrames, arritmias, entre outras)? Especificar.						
202	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorróidas, 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
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 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 internação/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:

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



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

TERMO DE CIÊNCIA
CADASTRO NO CadTCESP

Eu, _____, portador(a) do CPF _____, RG _____, admitido(a) em virtude de aprovação em concurso público/processo seletivo simplificado, atesto para os devidos fins de que fui, nesta data, orientado(a) a acessar o portal do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, a fim de realizar meu cadastro no sistema "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", e de manter meu cadastro atualizado sempre que ocorrer alguma mudança nos meus dados.

Fui orientado(a) de que o cadastramento deverá ser realizado de forma pessoal e intransferível.

Estou ciente de que terei o prazo de cinco dias úteis a contar desta data para encaminhar à Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH da Secretaria de Administração e Modernização o documento "Declaração de Atualização Cadastral", sob pena do contido no Art. 112 das Instruções nº 01/2020:

Art. 112 Toda documentação requisitada pela fiscalização ou demais áreas do Tribunal de Contas, para efeito de complementação do exame e para seu convencimento, deverá ser providenciada *in continenti*, sob pena de responsabilidade da autoridade ou do servidor que assim deixar de proceder.

Mauá, _____ de _____ de _____

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

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

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



3. Clicar em “Não posso uma conta”



4. Preencher os campos

Portal de Sistemas

PORTAL INSTITUCIONAL | FALE CONOSCO | MINHA CONTA | LOGIN

Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo
Portal de Sistemas

Cadastro de Usuário

OBS.: Caso já possua uma conta atrelada ao seu CPF, acesse o Portal e proceda com a alteração do e-mail na opção Minha Conta disponível na barra superior

Nome: *

Email: *

Confirma E-mail: *

CPF: *

000.000.000-00

Não sou um robô

reCAPTCHA
Privacidade - Termos

Preencha a caixa acima antes de prosseguir.

[Voltar](#) [Cadastrar](#)

5. Clicar no botão “Cadastrar”.

6. Você será direcionado à seguinte página, onde você deverá preencher todos os dados solicitados.

Portal de Sistemas

Cadastro TCESP

Política de privacidade | Tribu...

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

Cadastro TCESP

YUKA AKAGUI

Início / Dados Pessoais / Edição de Dados

DADOS PESSOAIS | DOCUMENTOS PESSOAIS | TELEFONES | E-MAILS | ENDEREÇOS

Nome *
YUKA AKAGUI

Data de Nascimento
10/06/1966

Sexo
Feminino

Nome Social

Identidade de Gênero
Mulher

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, declaro que li e concordo com a Política de Privacidade do TCESP.

[EDITAR DADOS](#) [GERAR CERTIFICADO](#)

[SAIR](#)

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

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