



## PORT/GGDRH/Nº 68.650 de 11 de junho 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 02/2020, processo administrativo nº 3.929/2019, resolve:

**Atendendo Determinação Judicial - Processo 1002628-60.2026.8.26.0348**

**Artigo 1º** — Nomear, a partir de **22/06/2026**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

**Artigo 2º** — A posse dar-se-á em **06/07/2026**.

**Artigo 3º** — O exercício dar-se-á em **08/07/2026**.

**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 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, 11 de junho 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



## 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: Em decorrência das obras que estão ocorrendo no centro, 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 de documentos será Av. João Ramalho 205, Paço Municipal, nas datas e horários conforme descrito no cronograma de convocação (Anexo II).



## **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 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, representando 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](mailto: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 9.7 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.



**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).



## **Anexo I**

### **Exames Médicos**

#### **PEB I**

1. Avaliação Oftalmologista (acuidade visual e refração)
2. Avaliação Otorrinolaringologista
3. Audiometria Tonal
4. Glicemia de Jejum
5. Hemograma completo
6. Raio-X de Coluna Lombar com Laudo
7. Ultrassonografia Ombros bilaterais com laudo
8. Ultrassonografia de Punhos Bilaterais com Laudo
9. Carteira de Vacinação (cópia e original) ou Comprovante Digital de Vacinação

Avaliação Oftalmologista e Exames de imagem têm validade de 3 meses.



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

**ANEXO II – PORTARIA Nº 68.650 - CONCURSO 02/2020**

**PEB I**

<b>Classificação</b>	<b>Nome</b>	<b>Atribuição</b>	<b>Entrega Documentos</b>	<b>Admissional</b>
207 LN – 1101 LG	JUSSARA TIBURCIO DOS SANTOS	22/06/2026 – 9h	23/06/2026 – 9h	02/07/2026 – 9h

## **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 02/2020

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 quando 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**.
- 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 de contrato de trabalho.
  - Obs: Não será aceita a CTPS física.
- 10) Comprovante de cadastro no PIS/PASEP/NIS/NIT
  - 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.
- 11) Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- 12) Comprovante de situação cadastral do CPF, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item III**.
- 13) 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.
- 14) Título de Eleitor, juntamente com a certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no **item IV**.
  - **Obs:** as justificativas **não** serão aceitas.
- 15) Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.
  - **Obs:** após 45 anos, isento pela Lei JSM.
- 16) Cartão Nacional de Saúde (SUS).

- 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), 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;
  - Histórico escolar;
  - 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 até 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) 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.

***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 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
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	

### 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



**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



**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. 3º** 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.
- § 1º 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.
- § 2º Será restrito aos servidores em efetivo exercício de suas funções.
- § 3º 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. 4º** 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. 3º desta Lei, excedentes ao valor apurado no inciso I." (Atualização dada pela Lei nº 5.784, de 22 de novembro de 2021)
- **Art. 7º** 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								VISTO
2								
3								
4								

(\*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

(\*2) CODIGO DADP (PREENCHIDO NO DADP).

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

TS 3C = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)  
TS 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 TRÔLEBUS + 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)





## 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

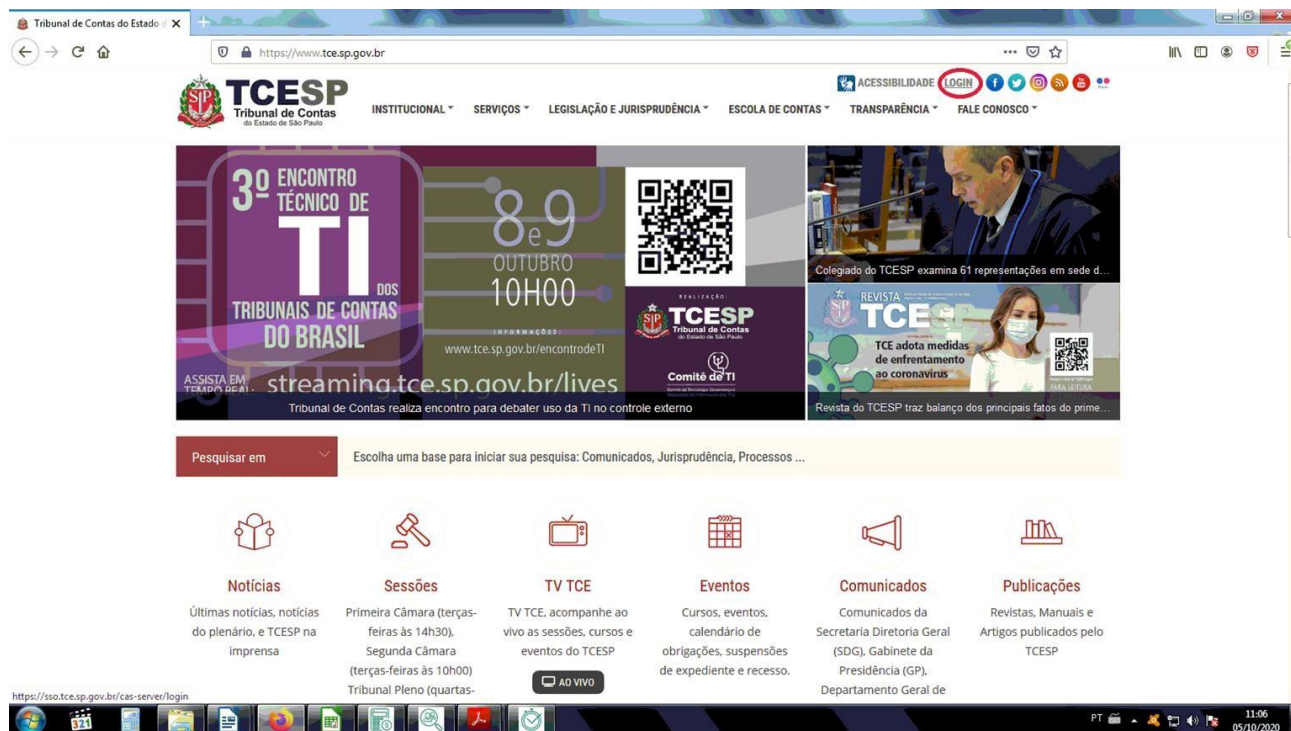
Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo/Nome/Assinatura/RF  
Gerência de Gestão e Desenvolvimento em RH

# 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 possui 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/#/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.

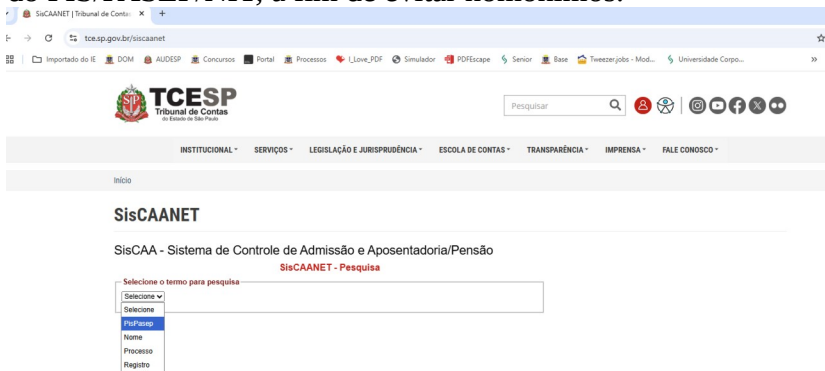
[EDITAR DADOS](#) [GERAR CERTIFICADO](#)

[SAIR](#)

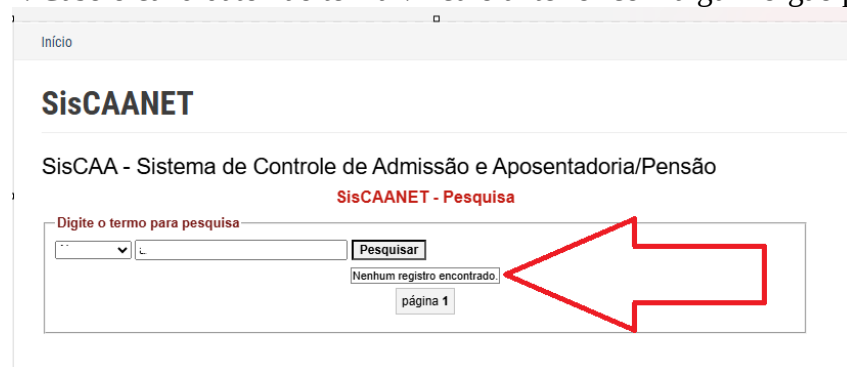
6. Após inclusão de todos os dados solicitados, clicar em “Gerar Certificado”.

## 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:



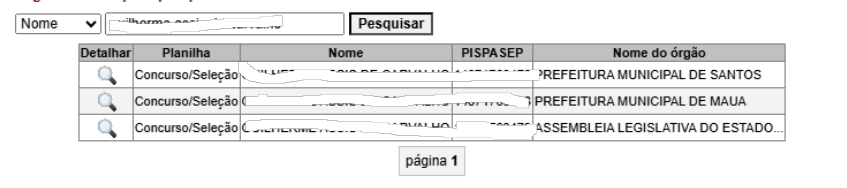
3. Em caso de existência de vínculo anterior.

### SisCAANET

SisCAA - Sistema de Controle de Admissão e Aposentadoria/Pensão

#### SisCAANET - Pesquisa

Digite o termo para pesquisa



4. Imprima a página, mesmo que o resultado seja “NENHUM REGISTRO ENCONTRADO”.

5. 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.**



**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	
"CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)"	
TIPO DE PLANO	
<input type="checkbox"/> FAMILIAR BÁSICO: R\$ 282,86	<input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$842,14

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
<p>- DO TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia do Comprovante de Residência e 01 Cópia do cartão do SUS.            - DO CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da <u>Certidão de Casamento</u> e 01 Cópia do cartão do SUS.            - DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = 01 Cópia da <u>Certidão de União Estável</u>, 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.  <b>Obs. 1</b> - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH.  <b>Obs. 2</b> – Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor).</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		

TERMO DE COMPROMISSO
<p>Declaro estar ciente:</p> <p>- Os beneficiários <b>terão até 30 (trinta) dias para se manifestar</b> 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.</p> <p>- A inclusão de cônjuge ou filhos recém-nascidos, <b>deverá ser feita até 30 (trinta) dias</b>, após a data do casamento ou nascimento, no caso de companheira (o), de acordo com a legislação, mediante a apresentação das respectivas certidões;</p> <p>- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada.</p> <p>- Que ao requerer <b>licenças concedidas com prejuízo de vencimentos</b> terei minha opção pelo uso do Convênio Médico <b>excluída</b>, assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimento de carências estipulados em contrato.</p> <p>Mauá, _____ de _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: right;">Servidor (Assinatura)</p>

PARA USO DO DADP
<p>Deliberamos pela:</p> <p><b>Concessão do Benefício.</b></p> <p><b>Não Concessão. Motivo:</b> _____</p> <p><b>Obs.:</b> _____</p> <p>Responsável _____ Registro funcional _____ Data ____ / ____ / ____</p>