



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL 01/2023
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

CONVOCAÇÃO Nº 10

Maurício Leme da Silva, Secretário de Educação, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o resultado final do processo seletivo simplificado para as funções de Professor de Educação Básica I e II, Auxiliar de Desenvolvimento Infantil e Merendeira, conforme consta no processo administrativo 4105/2023, e da Lei 4738, alterada pela Lei 5661, de 11 de março de 2021, RESOLVE:

CONVOCAR para comparecer na Secretaria de Educação da Prefeitura do Município de Mauá, os candidatos abaixo relacionados:

CARGO: AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL - ADI

CLASSIF.	NOME	CARGO	DATA NASC.
155	MARIANA VIEIRA GOMES	ADI	12/10/1993
156	MATHEUS SANTAELA BIRIBA ROSA	ADI	02/03/1996
157	ISABELLY MOMESSO VILELA	ADI	17/03/1997
158	LETICIA SILVA SOUSA	ADI	27/01/1998
159	SARAH FERNANDA RAMALHO MELO	ADI	11/11/1998
160	RAFAELA CAROLINA DOS SANTOS WESELY	ADI	28/03/2003
161	ANA ELOISA MATOS RIBEIRO	ADI	05/02/2005
162	REBECA ISLA DE SOUSA CARVALHO	ADI	06/12/2005
163	SOLANGE ALVES DOS SANTOS	ADI	28/10/1978
164	JESSICA CRISTINA FERREIRA	ADI	29/10/1979
165	MARIA HELENA SOUSA SILVA	ADI	17/08/1980
166	MARIA EDVÂNIA DE BRITO PEREIRA	ADI	14/04/1981
167	PRISCILA DOS SANTOS GOMES	ADI	29/10/1981
168	THAIZE DA SILVA SANTOS	ADI	09/11/1991
169	EVELYN SANTOS INÁCIO BONILHA	ADI	31/10/1996
170	GABRIELLE DE SANTANA SANTOS	ADI	31/05/2000
171	THAINÁ DOS SANTOS CONCEIÇÃO	ADI	04/06/2000
172	NATALIA ROCHA FRANCISCO	ADI	01/10/2000
173	KAYLANE ELOIZA DOS SANTOS MIRANDA	ADI	17/05/2003
174	ARTHUR OLIVEIRA CARDOSO	ADI	24/11/2003
175	ALESSANDRA REGINA RODRIGUES MARTINELLI	ADI	23/10/1979
176	ELEIDE SOARES DOS SANTOS	ADI	16/12/1985
177	SUELI EDILEUZA ALVES DOS SANTOS	ADI	21/06/1994
178	EDNA LUZIA SANTOS	ADI	13/12/1995



179	MARIA EDUARDA RODRIGUES DOS SANTOS	ADI	10/02/1999
-----	------------------------------------	-----	------------

PEB II - CIÊNCIAS

CLASSIF.	NOME	CARGO	DATA NASC.
7	KÉTURY BATISTA DA SILVA SANTOS	PEB II - CIÊNCIAS	21/01/1997
8	FELIPE FRANCISCO GOMES DA SILVA	PEB II - CIÊNCIAS	04/11/1988
9	EMANOELLE SIMEÃO SILVERIO ROCHA	PEB II - CIÊNCIAS	24/08/2001
10	MAYARA DE JESUS DENARDI	PEB II - CIÊNCIAS	07/06/1994

PEB II - GEOGRAFIA

CLASSIF.	NOME	CARGO	DATA NASC.
7	ANDERSON GABRELON	PEB II - GEOGRAFIA	21/10/1973
8	ILSA PAS DA SILVA	PEB II - GEOGRAFIA	30/06/1973
9	ALAN TRAJANO DE OLIVEIRA	PEB II - GEOGRAFIA	14/08/1981
10	GILBERT MACEDO ALVES	PEB II - GEOGRAFIA	08/01/1982
11	LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA	PEB II - GEOGRAFIA	25/07/1976
12	ELAINE MARIA DA CONCEIÇÃO FRANÇA	PEB II - GEOGRAFIA	17/08/1979
13	AGNALDO FERNANDO DA SILVA	PEB II - GEOGRAFIA	11/10/1969
14	LUIZ HOMERO VILLODRES SARMENTO	PEB II - GEOGRAFIA	30/08/1975

RESUMO

CARGO	QTD VAGAS	QTD CONVOCADOS
AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL - ADI	12	25
PEB II - CIÊNCIAS	1	4
PEB II - GEOGRAFIA	1	8

1. Os candidatos convocados deverão comparecer no Centro de Formação de Professores Miguel Arraes, Secretaria de Educação, situado na Rua Rio Branco, 183 - Centro, Mauá/SP, para providências de escolha de vagas, de agendamento do exame médico e de entrega de documentos, munidos dos originais dos documentos abaixo relacionados e conforme o cronograma de convocação e com 15 (quinze) minutos de antecedência:

- 1.a. Diploma ou certificado do curso de formação de acordo com os requisitos exigidos para o exercício do cargo; e
- 1.b. 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.
- 1.c. Documento de Identificação com foto;
- 1.d. Certidão de nascimento e/ou casamento;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

Observação: Informamos que devido às obras de reconstrução do Terminal de ônibus central, o acesso ao prédio dar-se-á apenas pela Rua Matriz (em frente ao Santuário da Imaculada Conceição de Mauá - igreja "Matriz"), e trecho disponível da passarela "Boulevard".

2. Cronograma de convocação:

CARGO	QTD. CONVOCADA	DATA	HORÁRIO
AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL - ADI	01. <u>02</u> candidatos: Retornaram à lista de classificados, conforme Resultado da Convocação nº 08, e; 02. <u>23</u> candidatos: Classificados de 157 a 179	03/10/2024	09h00
PEB II - CIÊNCIAS	01. <u>04</u> candidatos: Classificados de 07 a 10		
PEB II - GEOGRAFIA	01. <u>08</u> candidatos: Classificados de 07 a 14		

3. O exercício dar-se-á em **14 de outubro de 2024**, não havendo prorrogação do exercício sob qualquer pretexto.

4. A convocação em número superior às vagas oferecidas ocorre em razão da possibilidade de desistência. Na hipótese de existirem candidatos que não tenham a oportunidade de escolha de vagas pelo esgotamento das mesmas, o candidato não perderá o direito, de acordo com a sua classificação, de assumir vagas que vierem a surgir dentro do prazo de validade do processo seletivo simplificado.

5. Assinada a ficha de escolha de vaga pelo candidato ou seu procurador, não será permitida, em hipótese alguma, troca da vaga escolhida sob qualquer pretexto.

6. Caso as vagas oferecidas não atendam à disponibilidade dos candidatos convocados, os mesmos deverão assinar termo de desistência e serão eliminados do processo.

7. A escolha de vagas se realizará no dia, horário e local acima especificados, obedecendo rigorosamente a ordem de classificação dos candidatos, sendo que os mesmos serão chamados nominalmente, utilizando-se, para tal, a lista de classificação final do processo seletivo simplificado.

8. A escolha de vaga por procuração será permitida mediante a entrega do respectivo instrumento de mandato, com autorização específica para escolha de vaga, com firma reconhecida, e apresentação do documento de identificação do procurador. A procuração ficará retida junto ao órgão de Recursos Humanos da Prefeitura de Mauá.

9. 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.

10. O não comparecimento para a atribuição no dia e horário mencionado implicará na desistência e eliminação do processo seletivo simplificado.

11. As vagas serão divulgadas na data da escolha.

12. Se possível trazer sua própria caneta. Não trazer acompanhantes.

Prefeitura do Município de Mauá, 24 de setembro de 2024.


Maurício Leme da Silva
Secretário de Educação

ATENÇÃO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO

Prezado(a) candidato(a),

Os candidatos convocados **que comparecerem e atribuírem vagas**, deverão também ser aprovados em exame admissional, além de providenciar toda a documentação relacionada a seguir, a ser apresentada em data estipulada, conforme orientações fornecidas durante o processo de atribuição.

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.

O formulário “Ato de Análise de Acúmulo de Cargo” deve ser devidamente preenchido mesmo quando não possuir outro cargo, emprego ou função pública, atentando-se a todas as opções a serem marcadas nas caixas de seleção (*checkbox*).

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

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

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

Todos os documentos serão digitalizados e disponibilizados ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCE-SP, portanto, documentos pequenos deverão estar centralizados e a qualidade da impressão deverá ser boa, não podendo estar borrada ou manchada ou escura.

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 nos atendimentos que ocorrem durante o processo admissional.

Todos os documentos exigidos são absolutamente necessários.



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO DE SERVIDORES

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

I. Consulta de Qualificação Cadastral para o eSocial:

<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:

<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. Declaração de Atualização Cadastral, emitida pelo TCESP após o cadastramento no CadTCESP, de acordo com as instruções ao final deste documento, através do endereço eletrônico:

<https://www.tce.sp.gov.br/cadtcesp/#>

ou

<https://www.tce.sp.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 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) Requerimento de Convênio Médico, com as cópias dos documentos relacionados no próprio formulário em caso de opção.
- 7) Consulta de Qualificação Cadastral, expedido pelo endereço eletrônico 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) 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 virtual de aplicativos para *smarthphones*).
- 10) Comprovante de cadastro no PIS/PASEP/NIS/NIT (Não é válida a apresentação de "Cartão Cidadão")
 - Caso seja o primeiro emprego, o candidato deverá comparecer a uma agência da CAIXA para solicitar um documento que comprove que não há nenhum PIS em seu nome e também ao Banco do Brasil para a negativa do PASEP.
 - **Obs:** Poderão obter o documento também através do aplicativo para *smarthphones* "MEU INSS" ou através do endereço eletrônico citado no **item V**, baixando e imprimindo o arquivo .PDF disponível na opção "Meu Cadastro".



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO DE SERVIDORES

- 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) Cédula de Identidade (RG).
 - No caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro.
- 14) Título de Eleitor (frente e verso).
- 15) Certidão de quitação eleitoral expedida pelo endereço eletrônico citado no **item IV**.
 - **Obs:** as justificativas **não** serão aceitas.
- 16) Certificado de reservista se candidato do sexo masculino.
 - **Obs:** após 45 anos, isento pela Lei JSM.
- 17) Cartão Nacional de Saúde (SUS).
- 18) Comprovante de residência atual (até 90 dias) no nome do candidato.
- 19) Comprovante de escolaridade de acordo com o exigido por lei ou constante no edital para o exercício do cargo (diploma de graduação de nível superior ou de nível médio, devidamente assinado e acompanhado do histórico escolar).
- 20) Certificados de cursos específicos quando a lei, o edital e cargo assim exigirem.
- 21) Registro em Conselho e comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir.
- 22) Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.
- 23) 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.
- 24) Certidão Civil (Casamento ou Nascimento), RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.
- 25) Certidão Civil (Casamento ou Nascimento), RG, CPF e Cartão SUS dos pais, **somente** se estes forem dependentes na Declaração de Imposto de Renda.
- 26) Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.
- 27) Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.
- 28) Cópia de todas as páginas da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício;
 - Para os candidatos isentos de apresentação do IRPF: preenchimento da Declaração de Bens e Valores.
- 29) Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado (Exame Admissional).
- 30) 1 (uma) foto 3x4 recente.
- 31) Declaração de Atualização Cadastral emitida pelo TCE-SP após o cadastramento no CadTCESP, emitida através do endereço eletrônico citado no **item VI**;
 - **Obs:** O preenchimento dos dados **NÃO** pode ser feito pelo celular, devendo-se utilizar de computador (*desktop*) ou notebook ou para tal fim.
 - Preenchimento do “**Termo de Ciência**”- **Cadastro no CadTCESP**” – para os candidatos que **não** apresentarem a declaração citada no parágrafo nº. 31, durante a entrega de documentos, tendo o prazo de **05 (cinco) dias úteis** a contar desta data para providenciá-la;

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 foi demitido ou exonerado a bem do serviço público em consequência de processo administrativo.

IMPORTANTE: Todas as cópias devem estar em tamanho sulfite A4. Não cortar.



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
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
			____/____/____

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 inscrito(a) no CPF nº _____, classificado(a) em Processo Seletivo Simplificado realizado pela prefeitura do município de Mauá/SP 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, _____ de _____ de 20____.

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: _____

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



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

TIPO DE PLANO
<input type="checkbox"/> FAMILIAR BÁSICO: R\$ 261,08 <input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$777,31

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 <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. Obs. 1 - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH. Obs. 2 - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor).

DEPENDENTES (1)			
1	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DAMÃE		
2	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DAMÃE		
3	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DAMÃE		
4	NOME DO DEPENDENTE		DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO
	NOME DAMÃE		

TERMO DE COMPROMISSO
Declaro estar ciente: - O servidor tem o prazo de 30 dias , a contar da data de admissão, para aderir ao convênio sem carência. - O servidor tem o prazo de 30 dias , a contar da data em que se iniciar o vínculo com seus novos dependentes, para incluí-los no convênio sem carência. - Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada. - Que ao requerer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos terei minha opção pelo uso do Convênio Médico excluída , assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato. Mauá, _____ de _____ de _____ Servidor (Assinatura)

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



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

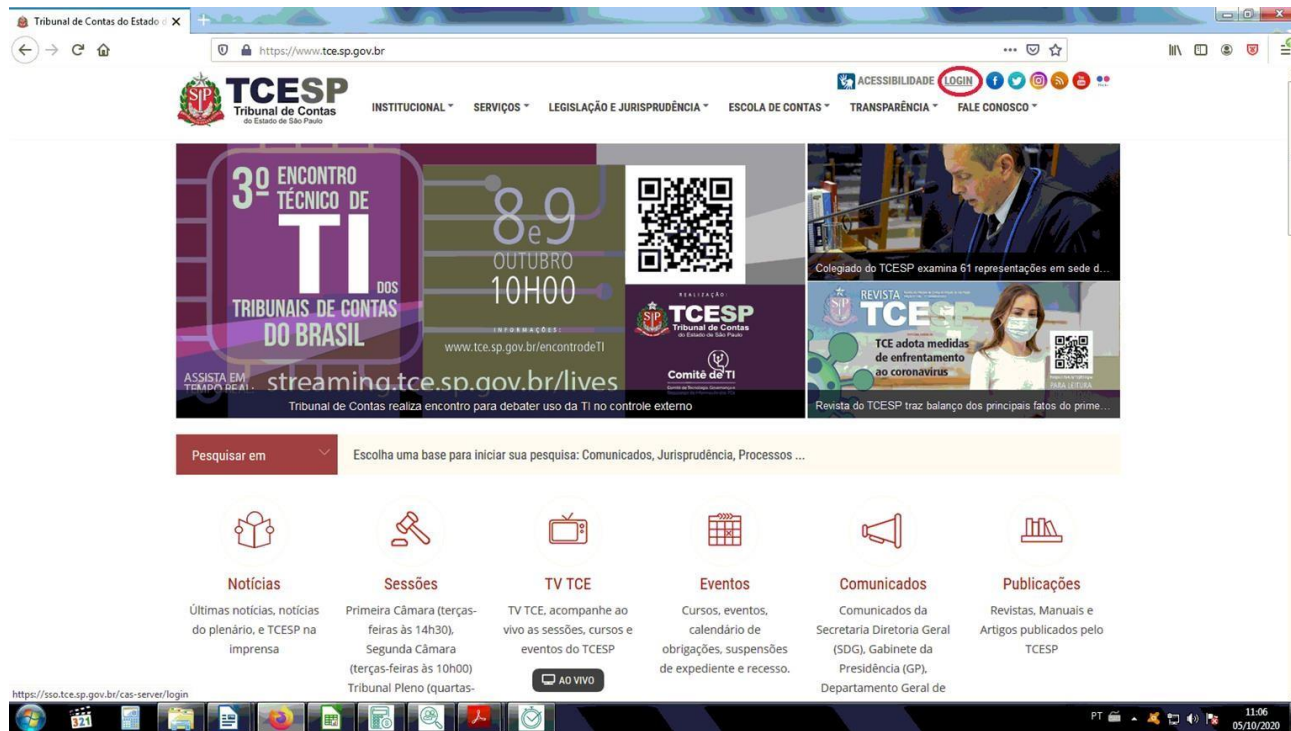
Recebido em: ____/____/____

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

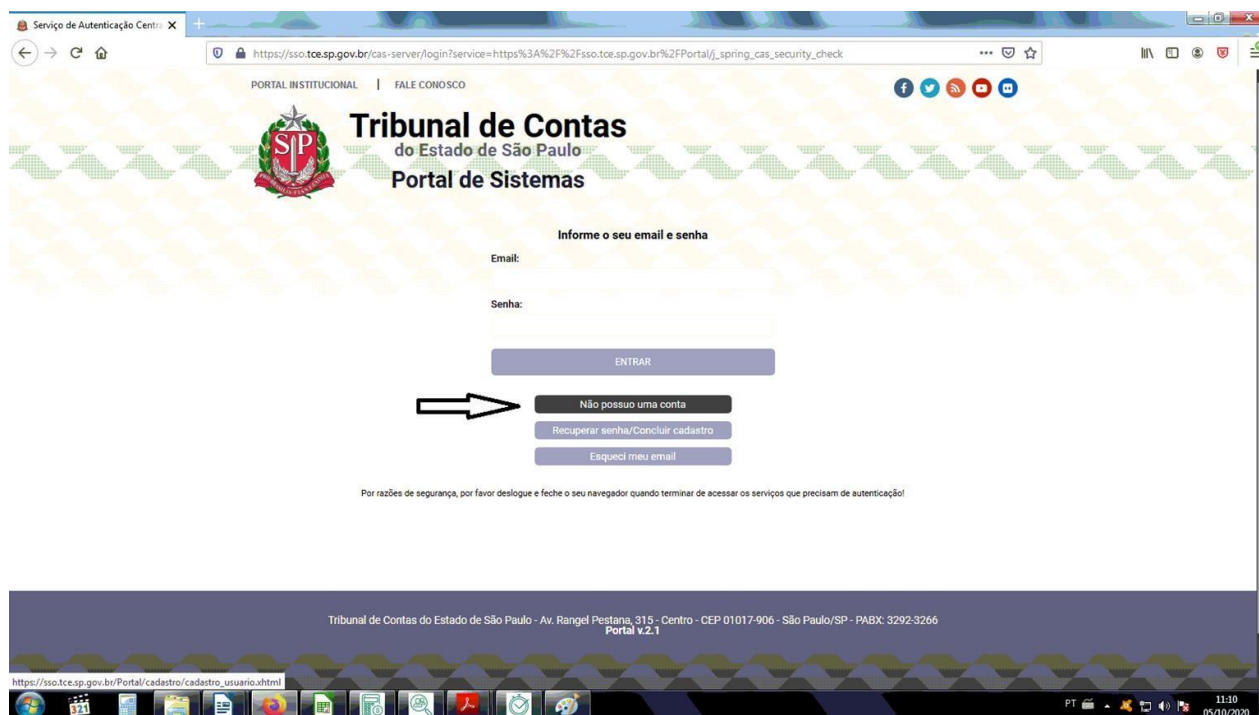
MANUAL DE ORIENTAÇÃO

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”.

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 _____
