



## PORT/GGDRH/Nº 61.043 de 21 de Março 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 e homologação do Concurso Público nº 01/2020, Processo Administrativo nº 45/2020, resolve:

**Artigo 1º** — Nomear, a partir de **11/04/2022**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

**Artigo 2º** — A posse dar-se-á em **25/04/2022**.

**Artigo 3º** — O exercício dar-se-á em **02/05/2022**.

**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 nesta 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, 21 de Março 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.

  
**Eleni de Cássia Rodrigues Rubinelli**  
Secretário Municipal  
Secretaria de Administração e Modernização



## **CONVOCAÇÃO PARA ATRIBUIÇÃO DE VAGAS**

1. Os candidatos convocados deverão comparecer na Av. João Ramalho, nº 205, Vila Noêmia, Mauá, Paço Municipal, para providências de 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 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.
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 na Av. João Ramalho, nº 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, 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](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 e Laboratoriais**

**Auxiliar de Apoio Operacional**

1. Avaliação Oftalmológica
2. Hemograma Completo
3. PPF
4. Urina Tipo I
5. RX Coluna Lombar
6. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou comprovante digital de vacinação

**Assistente Administrativo, Analista de Recursos Humanos**

1. Avaliação Oftalmológica
2. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou comprovante digital de vacinação

**Assistente Social, Orientador Social, Psicólogo**

1. Hemograma Completo
2. Glicemia de Jejum
3. Urina Tipo I
4. PPF
5. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou comprovante digital de vacinação

**Enfermeiro**

1. Hemograma Completo
2. Glicemia de Jejum
3. Anti-HBS
4. Anti-HCV
5. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou comprovante digital de vacinação

**Motorista de Veículos Pesados**

1. Avaliação Oftalmológica
2. Hemograma Completo
3. Glicemia de Jejum
4. GGT
5. Audiometria Tonal e Vocal
6. ECG com Laudo
7. Toxicológico (obrigatório)
8. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou comprovante digital de vacinação

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

Demais Exames Laboratoriais têm validade de 30 dias



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

ANEXO II

CANDIDATOS NEGROS

PCD – CANDIDATOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES Nº 01 E 02

ENFERMEIRO

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
25	2	CICERA APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS CRUZ	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h
26	10	SONIA DE MOURA SILVA OLIVEIRA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h
17 LN - 118 LG	23	DAYSE GABRIELLY ALVES DA SILVA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h

ENFERMEIRO

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
27	26	SANDRA BOMFIM DA CRUZ	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h
28	27	LIGIA VIANA GARCIA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h
18 LN – 124 LG	28	TAMIRES BISPO DA SILVA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h
29	29	ALEX RODRIGO TUNECA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h
30	30	RENATA FELIPE RODRIGUES BEZERRA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 8h
31	31	SILVANEIDE CARDOSO DE SOUZA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
32	32	TATIANA RUFINO DOS SANTOS SILVA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
33	33	ANA CAROLINA DE SOUZA TORRES	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
34	34	DANIELE DE OLIVEIRA SILVA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 9h	18/04/2022 – 9h
35	35	DEBORA PRISCILA NUNES	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 9h
36	36	BARBARA DANIELLE DE ANGELIS	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 9h
38	37	NATALIA CAROLINE SOMAIO ALVES	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 9h
40	38	JULIANE SANTOS DA SILVA DE SOUZA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 9h
41	39	MARILENE SOARES RIBEIRO	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h
42	40	MARCIA CLARA DE LIMA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h
43	41	ANA LUCIA MALAGUTI	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h
44	42	JOSEFA ELIZABETE DE CARVALHO	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h
45	43	VALMIR GERALDO FERNANDES	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h
46	44	ADRIANA CIBELE BALESTRA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h
47	45	PIERINA TRIVELLATO	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
31		SILVIA REGINA DE OLIVEIRA SILVA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h
32		JOSE CABRAL DE LIMA	04/04/2022 – 9h	05/04/2022 – 10h30	18/04/2022 – 10h

**ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS I**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
1	1	LEONARDO MIRANDA DE CARVALHO	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h
2	2	VANESSA DINIZ MENDONÇA	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h

**ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
1	1	MARCELO KIYOSHI MITAKE	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h
2	2	HENRIQUE OLIVEIRA NUNES	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h
1 LN - 12 LG	3	LUCILENE DOS SANTOS	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h
3	4	DAVI MARTINS DUARTE	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h
1 PCD - 196 LG	5	APARECIDO DIAS DA SILVA	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h
4	6	ANDERSON RIBEIRO NEVES	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 8h

**ASSISTENTE SOCIAL**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
1	1	IORRANE CUNHA DA SILVA	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 9h
2	2	MARIA HELENA DE LIMA SANTOS	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 9h	19/04/2022 - 9h
1 LN - 7LG	3	TEREZA MARTINS PEIXOTO	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 9h
3	4	MARIA APARECIDA LOURENCO BARBOSA	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 9h
1 PCD - 110 LG	5	MICHELLE ADRIANA LIMA CANDIDO DA SILVA	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 9h

**AUXILIAR DE APOIO OPERACIONAL**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
1	1	WESLEY SILVA DOS REIS	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 9h
2	2	ELISANGELA ALVES DO NASCIMENTO GODINHO	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 9h
7 LN - 58 LG	3	RAFAEL JOSE MODESTO ABADE	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 9h
3	4	HELIO MARQUES IRIS DOS REIS	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 10h
4	5	ISAIAS LOPES PINTO	05/04/2022 - 9h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 10h

**MOTORISTA DE VEÍCULOS PESADOS I**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
1	1	LEANDRO BORGES TEIXEIRA	05/04/2022 - 10h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 10h
2	2	RONALDO CARLOS DA SILVA	05/04/2022 - 10h	06/04/2022 - 10h30	19/04/2022 - 10h

**ORIENTADOR SOCIAL**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Entrega Documentos	Exames Admissionais
1	1	DIEGO DA SILVA MENEZES	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h
2	2	LUCIANO SANTOS BARROS	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	19/04/2022 – 10h
<b>1 LN – 7 LG</b>	<b>3</b>	<b>LEONEL NERI DE CARVALHO</b>	<b>05/04/2022 – 10h</b>	<b>07/04/2022 – 9h</b>	<b>20/04/2022 – 8h</b>
3	4	GABRIELA PEREIRA GARCIA	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h
4	5	SIRLENE FELIS DE MELO SANTAN	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h
5	6	CAROLINA ODARA DE MELO OLIVEIRA	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h
6	7	PRISCILA DE SÃO VICENTE VALADÃO	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h
<b>2 LN – 8 LG</b>	<b>8</b>	<b>DULCINEIA FRANCA DE ASSIS ALVES</b>	<b>05/04/2022 – 10h</b>	<b>07/04/2022 – 9h</b>	<b>20/04/2022 – 8h</b>
9	9	SILVIA GOMES DE OLIVEIRA LOPEZ	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h
10	10	LEILIANE DE FATIMA DA SILVA	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h
11	11	PAULO ANDRE SANTOS COSTA	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h
12	12	PETERSON MARINHO DA SILVA	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 9h	20/04/2022 – 8h

**PSICÓLOGO**

Classificação	Vaga Nº	NOME	Atribuição	Exames Admissionais	Entrega Documentos
1	1	SILVANA PULCINELLI SANTOS	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 10h30	20/04/2022 – 9h
2	2	HENRIQUE MOTA MANESCO	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 10h30	20/04/2022 – 9h
<b>1 LN – 5 LG</b>	<b>3</b>	<b>JEFFERSON MARQUES DIAS</b>	<b>05/04/2022 – 10h</b>	<b>07/04/2022 – 10h30</b>	<b>20/04/2022 – 9h</b>
3	4	KEPLER PETERSON DE OLIVEIRA	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 10h30	20/04/2022 – 9h
4	5	MARIA APARECIDA MAIA LAURINDO	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 10h30	20/04/2022 – 9h
6	6	KALINE OLIVEIRA DAMACENA	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 10h30	20/04/2022 – 9h
7	7	PAULO ROGERIO CORDEIRO	05/04/2022 – 10h	07/04/2022 – 10h30	20/04/2022 – 9h



## ANEXO III

### **LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES ABAIXO**

Prezado 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 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.

**Todos os documentos exigidos são absolutamente necessários.**

## CONCURSO 01/2020

*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 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) 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) Comprovante de residência atual no nome do candidato.
- 17) Comprovante de escolaridade de acordo com o exigido por lei ou no edital para o exercício do cargo (diploma de graduação de nível superior ou de nível médio, devidamente assinados – juntamente com o técnico ou histórico escolar).
- 18) Certificados de cursos específicos quando a lei, o edital e cargo assim exigirem.
- 19) Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir.
- 20) Exclusivo para Motorista de Veículos Pesados: CNH “E” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).
- 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 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).***



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 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:** \_\_\_\_\_

**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, 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 incluí-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)						





## 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

The screenshot shows the registration page of the Tribunal de Contas do Estado de São Paulo Portal de Sistemas. The page features the institution's logo and name at the top. Below the header, there are navigation links: PORTAL INSTITUCIONAL, FALE CONOSCO, MINHA CONTA, and LOGIN. The main heading is "Tribunal de Contas do Estado de São Paulo Portal de Sistemas". The section is titled "Cadastro de Usuário". An important note (OBS.) states: "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". The registration form includes the following fields: "Nome" (Name), "Email", "Confirma E-mail" (Confirm Email), and "CPF" (CPF). Below the form is a reCAPTCHA widget with the text "Não sou um robô" and "Preencha a caixa acima antes de prosseguir.". At the bottom of the form are two buttons: "Voltar" (Back) and "Cadastrar" (Register).

5. Clicar no botão “Cadastrar”.

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

The screenshot shows the user profile page in the Cadastro TCESP system. The page title is "Cadastro TCESP" and the user is identified as YUKA AKAGUI. The page is divided into several sections: "DADOS PESSOAIS" (Personal Data), "DOCUMENTOS PESSOAIS" (Personal Documents), "TELEFONES" (Phones), "E-MAILS", and "ENDEREÇOS" (Addresses). The "DADOS PESSOAIS" section is active and displays the following information: Name: YUKA AKAGUI, Date of Birth: 10/06/1966, Sex: Feminino, Identity of Gender: Mulher, and Social Name: (empty). A checkbox is checked, indicating agreement with the LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) and the system's Privacy Policy. At the bottom right of the form, there are two buttons: "EDITAR DADOS" (Edit Data) and "GERAR CERTIFICADO" (Generate Certificate). A "SAIR" (Logout) button is located at the bottom right of the page.

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.