



## **PORT/GGDRH/Nº 61.867 de 02 de Setembro 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 **16/09/22**, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

**Artigo 2º** — A posse dar-se-á em **28/09/2022**.

**Artigo 3º** — O exercício dar-se-á em **03/10/2022**.

**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, 02 de Setembro 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 205, Vila Noêmia, Mauá, Paço Municipal, para providências de esclarecimento a respeito da documentação e assinatura de ciência da convocação, 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; (Somente para cargos permitidos o acúmulo lícito de cargo)
  - c) Documento de identificação com foto.
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 e cargos privativos para a área da Saúde com profissões regulamentadas, 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. O não comparecimento no dia e horário mencionado na convocação, conforme descrito na Anexo II, implicará na desistência e eliminação do concurso público, não cabendo recurso.
6. A entrega de documentos será na 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, justificará sua ausência e 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**

**Assistente Administrativo, Engenheiro Orçamentista**

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

**Contador**

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

**Cirurgião Dentista, Enfermeiro**

1. Anti-HBS e anti-HCV
2. Hemograma Completo
3. PPF
4. Urina Tipo I
5. 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

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

| Classificação | Nome                            | Atribuição      | Entrega Documentos | Exames Admissionais |
|---------------|---------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| 171           | JOSY DAS MERCES SOARES DELGADO  | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 9h      | 22/09/22 – 8h       |
| 172           | MARIANE DE OLIVEIRA BUENO CARIS | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 9h      | 22/09/22 – 8h       |
| 173           | STEPHANIE DE BRITO SANTOS       | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 9h      | 22/09/22 – 8h       |
| 174           | RICARDO FAGNER DIAS DE MENEZES  | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 9h      | 22/09/22 – 8h       |
| 175           | MARCIA CRISTINA LIMA DE MORAES  | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 9h      | 22/09/22 – 8h       |
| 177           | OSEIAS MARCAL DE MORAIS         | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 9h      | 22/09/22 – 8h       |

CIRURGIÃO DENTISTA

| Classificação | Nome           | Atribuição      | Entrega Documentos | Exames Admissionais |
|---------------|----------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| 25            | LIU CHUN LIANG | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 10h30   | 22/09/22 – 9h       |
| 26            | CILENE MESSA   | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 10h30   | 22/09/22 – 9h       |

CONTADOR

| Classificação | Vaga Nº | Nome                           | Atribuição      | Entrega Documentos | Exames Admissionais |
|---------------|---------|--------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| 4             | 4       | JULIANO NEVES DA SILVA PEDROSO | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 10h30   | 22/09/22 – 9h       |

ENFERMEIRO

| Classificação | Nome                     | Atribuição      | Entrega Documentos | Exames Admissionais |
|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| 74            | SUELI APARECIDO LUIZ     | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 10h30   | 22/09/22 – 9h       |
| 75            | ERICA APARECIDA FUCITALO | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 10h30   | 22/09/22 – 9h       |

ENGENHEIRO ORÇAMENTISTA

| Classificação | Nome                             | Atribuição      | Entrega Documentos | Exames Admissionais |
|---------------|----------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| 5             | HOMERO ANDREUTZ RODRIGUES MANAIA | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 10h30   | 22/09/22 – 9h       |
| 6             | RAFAEL DEVIDES BENTO             | 16/09/2022 – 9h | 19/09/22 – 10h30   | 22/09/22 – 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>
- VI. Atualização cadastral emitida pelo TCE:  
<http://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 quanto não tiver outro cargo, emprego ou função pública. E, caso o candidato tenha outro cargo, emprego ou função pública, apresentar declaração do outro órgão constando carga horária, dias e horários de trabalho.
- 4) Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção.
- 5) Termo de Opção de Convênio Médico devidamente preenchido e assinado, mesmo em caso de não opção.
  - No caso de opção, o servidor deverá preencher e assinar também a Declaração de Saúde e anexar **todos os documentos relacionados no referido formulário**.
- 6) Consulta de Qualificação Cadastral, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item I**.
- 7) Atestado de Antecedentes Criminais, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item II**.
  - **Obs: não** serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública.
- 8) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS): original e cópias das páginas da foto e do verso da foto. E da comprovação de experiência para cargos em que são exigidos por lei.
  - Caso não tenha a Carteira de Trabalho: imprimir a Carteira de Trabalho Digital (que poderá ser obtida pelo aplicativo oficial, na loja de aplicativos).
- 9) Comprovante de cadastro no PIS/PASEP/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.
- 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 Leves: CNH “B” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).

**21)** Exclusivo para Motorista de Veículos Pesados: CNH “E” e certidão de pontuação (no Detran ou Poupatempo).

**22)** Exclusivo para Motorista de Veículo de Urgência: CNH “D” e certificado de conclusão de curso de Condutor em Veículo de Emergência (mínimo de 90h/aula) e 2 (dois) anos de experiência na área.

**23)** Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro.

**24)** 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.

**25)** Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge. **Obs:** somente cópias.

**26)** Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS dos pais **somente** se estes forem dependentes no Imposto de Renda.

**27)** Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos.

**28)** Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos.

**29)** 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.

**30)** Original do Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado.

**31)** 1 foto 3x4 recente.

**32)** Declaração de Beneficiário do INSS, expedido pelo endereço eletrônico citado no **item V**

**33)** 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).***



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

(   ) M / (   ) F

ESTADO CIVIL

LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)

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 |
|-------|-------------|-------|----------------|----------|
|       |             |       | ____/____/____ |          |
| CURSO | INSTITUIÇÃO | NÍVEL | CONCLUSÃO      | SITUAÇÃO |
|       |             |       | ____/____/____ |          |
| CURSO | INSTITUIÇÃO | NÍVEL | CONCLUSÃO      | SITUAÇÃO |
|       |             |       | ____/____/____ |          |

**CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO**

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

**HISTÓRICO PROFISSIONAL**

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

| EMPRESA | ADMISSÃO       | DEMISSÃO       |
|---------|----------------|----------------|
|         | ____/____/____ | ____/____/____ |
| EMPRESA | ADMISSÃO       | DEMISSÃO       |
|         | ____/____/____ | ____/____/____ |
| EMPRESA | ADMISSÃO       | DEMISSÃO       |
|         | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 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



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

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.

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

|                      |                  |              |
|----------------------|------------------|--------------|
| ENDEREÇO RESIDENCIAL |                  |              |
| RUA / AV.            | Nº               |              |
| BAIRRO               |                  |              |
| MUNICÍPIO            | TEL. RESIDENCIAL | TEL. CELULAR |

### VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

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

#### (\*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

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 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)

## 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, hemorroidas, aneurisma, entre outras)? Especificar.                             |         |             |   |   |   |   |
| 203  | Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar.                              |         |             |   |   |   |   |
| 204  | Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, entre outras)? Especificar.                                                         |         |             |   |   |   |   |
| 205  | Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, entre outras)? Especificar.       |         |             |   |   |   |   |
| 206  | Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)? Especificar.                                                                   |         |             |   |   |   |   |
| 207  | Doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções urinárias, nefrites, insuficiência renal, entre outras)? Especificar.             |         |             |   |   |   |   |
| 208  | Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)? Especificar.                                                 |         |             |   |   |   |   |
| 209  | Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, HPV, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)? Especificar. |         |             |   |   |   |   |

| Item | Sabe ser portador de:                                                                                                                                  | Titular | Dependentes |   |   |   |   |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|---|---|---|---|
|      |                                                                                                                                                        |         | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210  | AIDS ou é portador do vírus HIV? Especificar.                                                                                                          |         |             |   |   |   |   |
| 211  | Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especificar.                                                                |         |             |   |   |   |   |
| 212  | Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.                                                                                      |         |             |   |   |   |   |
| 213  | Doenças reumáticas ou colagenosas (artrites, febre reumática, lupus, entre outras)? Especificar.                                                       |         |             |   |   |   |   |
| 214  | Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)? Especificar.                             |         |             |   |   |   |   |
| 215  | Doenças da pele (psoríase, dermatites, entre outras)? Especificar.                                                                                     |         |             |   |   |   |   |
| 216  | Doenças infectocontagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras)? Especificar.                                                                         |         |             |   |   |   |   |
| 217  | Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)? Especificar o local do corpo.                                                |         |             |   |   |   |   |
| 218  | Doenças ou malformações congênitas ou hereditárias? Especificar.                                                                                       |         |             |   |   |   |   |
| 219  | Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar. |         |             |   |   |   |   |
| 220  | Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenóide, entre outras)? Especificar.   |         |             |   |   |   |   |
| 221  | Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar.                                     |         |             |   |   |   |   |
| 222  | Realiza diálise ou hemodiálise? Especificar.                                                                                                           |         |             |   |   |   |   |
| 223  | Realiza quimioterapia, branquioterapia ou radioterapia? Especificar.                                                                                   |         |             |   |   |   |   |
| 224  | Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.                                                      |         |             |   |   |   |   |
| 225  | Transtorno de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, entre outras)? Especificar.                                                   |         |             |   |   |   |   |
| 226  | Sofre de alguma doença não mencionada acima?                                                                                                           |         |             |   |   |   |   |
| 227  | Alguma internação/cirurgia?                                                                                                                            |         |             |   |   |   |   |

### Quadro de Peso e Altura

|            | Titular | Dependentes |   |   |   |   |
|------------|---------|-------------|---|---|---|---|
|            |         | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Peso (kg)  |         |             |   |   |   |   |
| Altura (m) |         |             |   |   |   |   |

Caso um ou mais participantes apresentem uma ou mais das situações assinaladas positivamente (com "S" - sim), especifique as considerações que julgar pertinentes no quadro descritivo abaixo.

### Quadro descritivo

[illegible]

**DECLARO, AINDA, QUE:**

4. Declaro estar ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente (DLP), minha ou de meus dependentes, no momento da contratação, da qual tenha conhecimento, desde que comprovado, poderá gerar processo administrativo previsto no art. 15 e incisos, da RN 162/2007.
5. Declaro estar ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro vigente e art. 10, inciso IV, da RN 162/2007, se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos na Declaração de Saúde (DS) ficarei sujeito, além do processo administrativo constante do item 4, retro, ao ressarcimento das despesas médicas realizadas.
6. Declaro ter conhecimento de que o presente instrumento refere-se ao Plano Coletivo, contratado junto à MEDICAL HEALTH, por meio da proposta nº \_\_\_\_\_.
7. Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento, que preenchi de próprio punho todas as informações nele constantes e que não omiti informações de saúde, relativas a mim e meu(s) dependente(s), tendo prestado dados verdadeiros e completos de forma espontânea.

**Proponente/Beneficiário Titular:**

Local                      Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Médico Orientador (somente para a opção 2 ou 3 da Entrevista Qualificada):**

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Proponente/Beneficiário Titular preencher de próprio punho esta Declaração.

CRM e assinatura sob carimbo do médico

**ANS: 40.019-0**



## 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

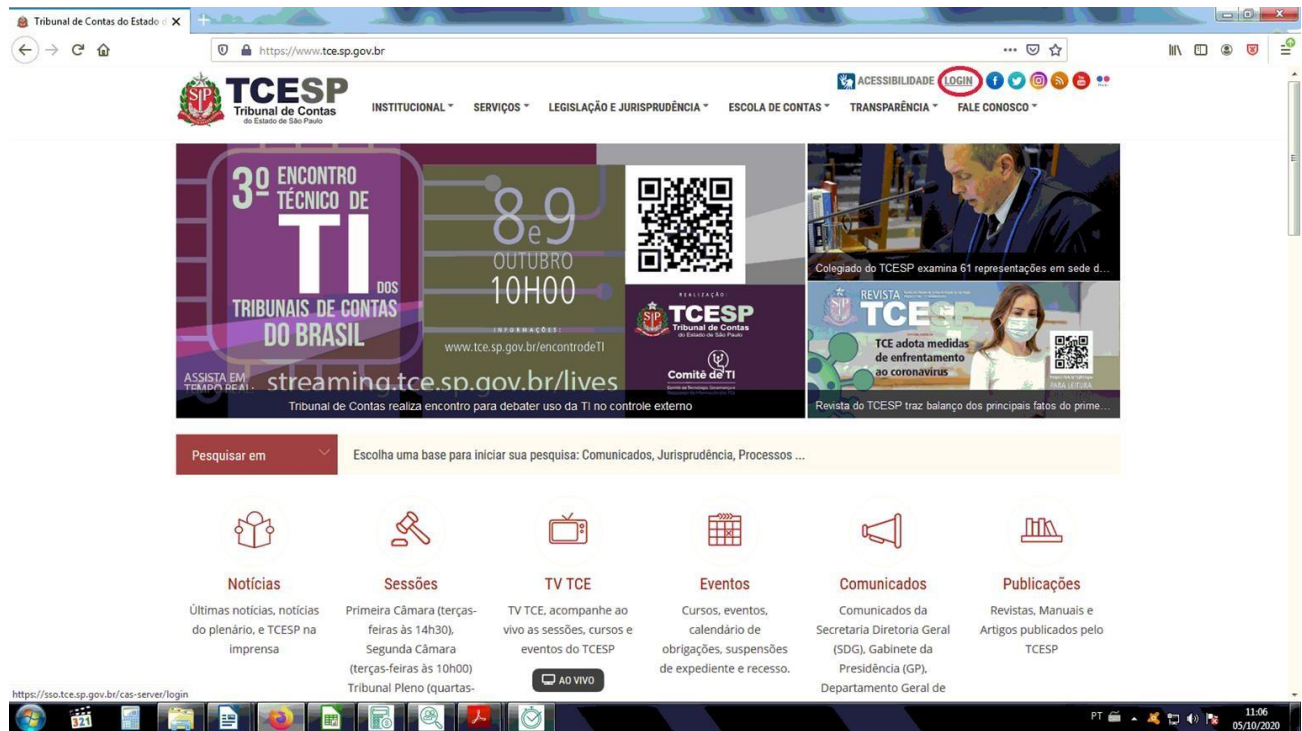
Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 possuo uma conta”



#### 4. Preencher os campos

The screenshot shows the registration page of the TCESP Portal de Sistemas. The page has a header with 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". Below this, there is a section titled "Cadastro de Usuário" with an observation: "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". The registration form includes fields for "Nome:", "Email:", "Confirma E-mail:", and "CPF:". Below the form is a reCAPTCHA checkbox labeled "Não sou um robô" and a link to "reCAPTCHA Privacidade - Termos". At the bottom of the form are two buttons: "Voltar" and "Cadastrar". The browser's address bar shows the URL "https://sso.tce.sp.gov.br/Portal/cadastro/cadastro\_usuario.xhtml". The taskbar at the bottom shows the date and time as 11:12 on 05/10/2020.

#### 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 after registration. The page title is "Cadastro TCESP". The left sidebar contains a menu with "Início", "Dados Pessoais", and "Saír". The main content area is titled "Início / Dados Pessoais / Edição de Dados". It features a tabbed interface with tabs for "DADOS PESSOAIS", "DOCUMENTOS PESSOAIS", "TELEFONES", "E-MAILS", and "ENDEREÇOS". The "DADOS PESSOAIS" tab is active, showing the following information: "Nome:" YUKA AKAGUI, "Data de Nascimento:" 10/06/1966, "Sexo:" Feminino, "Nome Social:" (empty), and "Identidade de Gênero:" Mulher. Below this, there is a checkbox labeled "Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, declaro que li e concordo com a Política de Privacidade do TCESP:". At the bottom right of the form are two buttons: "EDITAR DADOS" and "GERAR CERTIFICADO". A "SAIR" button is located at the bottom right of the page. The browser's address bar shows the URL "https://www.tce.sp.gov.br/cadtcesp/#/pessoa/cadastro". The taskbar at the bottom shows the date and time as 11:21 on 05/10/2020.

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