PORT/GGDRH/Nº 63.022 de 26 de Maio de 2023

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 12/06/2023, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

Artigo 2º — A posse dar-se-á em 26/06/2023.

Artigo 3º — O exercício dar-se-á em 03/07/2023.

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, 26 de Maio de 2023

Marcelo Oliveira

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 direcionados 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

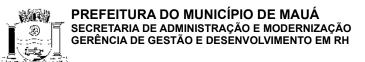
I – Ampla concorrência

- **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

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

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. 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

Agente Administrativo

- 1. Anti HBS e Anti HCV
- 2. Avaliação Oftalmológica
- 3. Hemograma Completo
- 4. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Assistente Administrativo, Técnico Ambiental

- 1. Avaliação Oftalmológica
- 2. Hemograma Completo
- 3. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Analista de Sistemas Pleno

- 1. Avaliação Oftalmológica
- 2. Hemograma Completo
- 3. USG de punho D, se for destro
- 4. USG de punho E, se for canhoto
- 5. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Auxiliar de Apoio Operacional

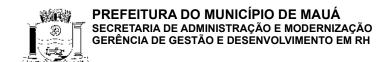
- 1. Hemograma Completo
- 2. RX de Coluna Lombar com Laudo
- 3. USG de punho D, se for destro
- 4. USG de punho E, se for canhoto
- 5. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Enfermeiro

- 1. Anti-HBS e Anti-HCV
- 2. Avaliação Oftalmológica
- 3. Hemograma Completo
- 4. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Médico Veterinário

- Anti-HBS e Anti-HCV
- 2. Avaliação Oftalmológica
- 3. Hemograma Completo
- 4. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação



Motorista de Veículos Leves

- 1. Audiometria Tonal
- 2. Avaliação Oftalmológica
- 3. Exame Toxicológico
- 4. Hemograma Completo
- 5. Carteira de Vacina Covid (Cópia e Original) ou Comprovante digital de vacinação

Orientador Social

- 1. Hemograma Completo
- 2. 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 - PORTARIA № 63.022

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES							
		AGENTE ADMINI	STRATIVO				
Classificação	Vaga Nº	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional		
83	24	ALAN DOUGLAS ROBOTTU	07/06/23 - 9h	14/06/23 – 14h	21/06/23 - 9h30		
84	27	IVANEIDE DAVID DE SOUZA SILVA	07/06/23 - 9h	14/06/23 - 14h	21/06/23 - 9h30		

		ANALISTA DE SISTE	MAS PLENO		
Classificação	Vaga №	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
2	1	FERNANDO MENDES DOS SANTOS	07/06/23 - 9h	14/06/23 - 14h	21/06/23 - 9h30

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO						
Classificação	Nome	Atribuição	Entrega	Exame		
Ciassificação	Nome	Attibulção	Documentos	Admissional		
249	IASMIM MARIA DA SILVA	07/06/23 - 9h	14/06/23 – 14h	21/06/23 - 9h30		
250	FRANCIELE OLIVEIRA DOS SANTOS SILVA	07/06/23 - 9h	14/06/23 – 14h	21/06/23 - 9h30		
251	VICTOR DE ALBUQUERQUE DUTRA	07/06/23 - 9h	14/06/23 – 14h	21/06/23 - 9h30		
252	LETICIA DOS SANTOS CHAVES	07/06/23 - 9h	14/06/23 – 14h	21/06/23 - 9h30		

	AUXILIAR DE APOIO	OPERACIONAL			
Classificação	Nome	Atribuição	Entrega	Exame	
Ciassilicação	Nome	Attibulção	Documentos	Admissional	
150	MARIA EDINALVA SOARES DA SILVA	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 9h	21/06/23 - 10h30	
151	AUZELIO RICARDO F DIAS	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 9h	21/06/23 - 10h30	
152	SIRLEY HADDAD PAULINI	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 9h	21/06/23 - 10h30	
153	VALMIR MIRANDA DA SILVA	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 9h	21/06/23 - 10h30	
154	RICARDO NOGUEIRA DA SILVA	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 9h	21/06/23 - 10h30	
156	ROBERTO CAIAFA MACIEL	07/06/23 - 9h	15/06/23 - 10h30	21/06/23 - 10h30	
157	EMANUELY MARTINS DA SILVA	07/06/23 - 9h	15/06/23 - 10h30	21/06/23 - 10h30	
159	BRUNA RAQUEL PEREIRA RAMOS	07/06/23 - 9h	15/06/23 - 10h30	21/06/23 - 10h30	
160	VINICIUS SANTOS TELESFORO	07/06/23 - 9h	15/06/23 - 10h30	21/06/23 - 10h30	
161	RIKELME SANTOS SILVA RIBEIRO	07/06/23 - 9h	15/06/23 - 10h30	21/06/23 - 10h30	

	ENFERME	IRO		
Classificação	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
87	CLOVIS SOUSA DA LUZ	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 14h	21/06/23 - 14h

	VAGA REMANESCENTE CONVOCAÇÕES ANTERIORES									
		MEDICO VETER	RINÁRIO							
Classificação	Vaga NO	Nome	Atribuição	Entrega	Exame					
Ciassificação	vaga IV=	Nome	Attibulção	Documentos	Admissional					
5	2	ANGELINA CECILIA FIRMIANO	07/06/23 - 9h	15/06/23 - 14h	21/06/23 - 14h					

		MOTORISTA DE VEÍ	CULOS LEVES		
Classificação	Vaga Nº	Nome	Atribuição	Entrega	Exame
Ciassilicação	vaga IV-	Nome	Attibulção	Documentos	Admissional
17	14	ANDRE LUIS RICO	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 14h	21/06/23 - 14h

ORIENTADOR SOCIAL						
Classificação	Nome	Atribuição	Entrega	Exame		
Ciassificação	Nome	Attibulção	Documentos	Admissional		
39	DIEGO COLODRO DE LIMA	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 14h	21/06/23 - 14h		
41	LETICIA DOS SANTOS CHAVES	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 14h	21/06/23 - 14h		
42	CAUE CORREA PEREIRA	07/06/23 - 9h	15/06/23 – 14h	21/06/23 - 14h		

	TÉCNICO AME	BIENTAL		
Classificação	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
1	PAMELA BOVO DA SILVA	07/06/23 - 9h	16/06/23 - 9h	21/06/23 - 14h

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:

- Consulta de Qualificação Cadastral para o e-social: http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/qualificar.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

OBS: Caso os links não funcionem, copie e cole na barra de endereços do seu navegador ou digite os endereços completos.

Os demais documentos deverão ser apresentados **originais e cópias reprográficas** (xerox) no ato da admissão e todos os documentos **deverão ser entregues na respectiva ordem**, como segue:

- 1) Preenchimento COMPLETO da Ficha Cadastral com letra de forma (legível e sem rasuras).
- Declaração de Condenação.
- 3) Ato de Ánálise 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, juntamente com os documentos relacionados no formulário em caso de opção.
- 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 n\u00e3o tenha a Carteira de Trabalho: imprimir a Carteira de Trabalho Digital (que poder\u00e1 ser obtida pelo aplicativo oficial, na loja de aplicativos).
- 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

DIVISAO DE SE	ELEÇAO DE DESI	EMPENHO E	QUALIDAD	DE FUN	CIONAL
	FICHA	CADASTRAI	-		
		= 1 = 1 = 1			
	FIC	HA BÁSICA			
NOME COMPLETO					RF
CARGO					CLASSIFICAÇÃO LG / Lista Especial
					,
Possui outro contrato (trabalhando) na F	refeitura de Mauá? () I	Não () Sim – RF ı	1°		
SEXO ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	DATA DE NASCIME	NTO	NACIONALIDAD	E
()M/()F		/	/	() Bra	asileira / () Estrangeira
CTPS SÉRIE	UF DATA EXPE	DIÇÃO	CPF		
PIS / PASEP	DATA EXPEDIÇÃO	RAÇA / COR	DEFICIENTE FÍSICO	DEEL	CIÊNCIA
FIG / FAGLE	J /	NAÇA / CON	()S/(OLHOIA
		_	() - (,	
	FICHA C	OMPLEMENTA	R		
ENDEREÇO					
NÚMERO COMPLEMENTO			BAIRRO		
CIDADE		CEP		TELE	FONE FIXO
CIDADE		CEP		TELE	EFUNE FIAU
TELEFONE CELULAR CIDAD	E/ESTADO/PAÍS DE NASCIMENTO				
CÉDULA DE IDENTIDADE ÓRG	ÃO EXPEDIDOR / UF DATA EXPE		CARTÃO SUS		
		<u> </u>			
Tipo de Certidão Civil: () Certidão de MATRÍCULA DA CERTIDÃO CIVIL	Nascimento () C	ertidão de Casamer	nto		DATA DA EMISSÃO
REGISTRO Nº LIVRO Nº	FOLHA N°	CIDADE/ESTADO D	A CERTIDÃO CIVIL		
PASSAPORTE N°	ÓRGÃO EMISSOR	UF	DATA EMISSÃO	,	DATA VALIDADE
TÍTULO DE ELEITOR	ZONA SEÇÃO	CERTIFICADO DE R	ESERVISTA		CATEGORIA
СИН	CATEGORIA DATA EMISS	ÃO	DATA DA VALIDADE		1ª HABILITAÇÃO
		<u> </u>	/	/	/
CONSELHO PROFISSIONAL REGISTRO NO CO	NSELHO E	-MAIL PARTICULAR			
	SE ESTRANG	EIRO NATURAL	IZADO		
REGISTRO Nº		ÓRGÃO EXPEDIDO	R	UF	DATA EXPEDIÇÃO
PAÍS DE NASCIMENTO	ESTADO/PROVÍNCIA DE NASCIMEN	то	CIDADE DE	NASCIMENTO	

				FICHA	FAMILIAR					
NOME DO PAI										
DATA NASCIMENTO	ESTADO	CIVIL		GRAU DE INSTR	RUÇÃO			DEPENDENTE I.	R.	
								() Sim / () Não
CÉDULA DE IDENTIDADE		CPF				CARTÃ	ÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO					DATA DO ÓBIT	0		MATRÍCULA		
					/	/				
FILIAÇÃO										
NOME DA MÃE										
NUME DA MAE										
TA MACCINENTO	TOTADO	20.00		OR ALL DE INCTE				DESCRIPTION TE L		
DATA NASCIMENTO	ESTADO	CIVIL		GRAU DE INSTR	RUÇAO			DEPENDENTE I.I		\ N1# -
								() Sim / () Nao
CÉDULA DE IDENTIDADE		CPF				CARTA	ÃO SUS			
CERTIDÃO DE ÓBITO					DATA DO ÓBIT			MATRÍCULA		
						/_				
FILIAÇÃO										
NOME DO CÔNJUGE										
NOME DO CÔNJUGE										
NOME DO CÔNJUGE DATA NASCIMENTO	ESTADO	CIVIL		GRAU DE INSTR	RUÇÃO			DEPENDENTE I.I	R.	
DATA NASCIMENTO	ESTADO	CIVIL		GRAU DE INSTR	RUÇÃO) Não
	ESTADO	CIVIL		GRAU DE INSTR					r.) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO	ESTADO	CIVIL						() Não
DATA NASCIMENTO	ESTADO	CIVIL				CARTĂ	ÃO SUS	() Não
DATA NASCIMENTO /// CIDADE NASCIMENTO	ESTADO					CARTÃ	ÃO SUS	() Não
DATA NASCIMENTO /// CIDADE NASCIMENTO	ESTADO						ÃO SUS	() Não
DATA NASCIMENTO / / / CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE	ESTADO						ÃO SUS	PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE CERTIDÃO DE ÓBITO	ESTADO						ÃO SUS	PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO / / / CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE	ESTADO						ÃO SUS	PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE CERTIDÃO DE ÓBITO	ESTADO						ÃO SUS	PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE CERTIDÃO DE ÓBITO	ESTADO						ÃO SUS	PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO / / CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE CERTIDÃO DE ÓBITO FILIAÇÃO	ESTADO						ÃO SUS	PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO / / CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE CERTIDÃO DE ÓBITO FILIAÇÃO	ESTADO		ESTADO	ESTADO	DATA DO ÓBII			PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO /	SEXO		ESTADO	ESTADO	DATA DO ÓBII			PAÍS MATRÍCULA) Não
DATA NASCIMENTO /	SEXO	CPF	ESTADO	ESTADO	DATA DO ÓBII			PAÍS MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)) Não
DATA NASCIMENTO	SEXO	CPF		ESTADO	DATA DO ÓBIO		MENTO (CIDAL	PAÍS MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)) Não
DATA NASCIMENTO	SEXO	CPF		ESTADO	DATA DO ÓBIT	O /_	MENTO (CIDAL	PAÍS MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)) Não
DATA NASCIMENTO CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE CERTIDÃO DE ÓBITO FILIAÇÃO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO	SEXO	M / () F		ESTADO	DATA DO ÓBIT	O /_	MENTO (CIDAI	(PAÍS MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS) DO N° DE RENDA?		
DATA NASCIMENTO CIDADE NASCIMENTO CÉDULA DE IDENTIDADE CERTIDÃO DE ÓBITO FILIAÇÃO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO	SEXO	M / () F		ESTADO	DATA DO ÓBIT	O /_	MENTO (CIDAL REGISTR RA IMPOSTO E	(PAÍS MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS) DO N° DE RENDA?) Sim / (

CERTIDÃO DE ÓBITO

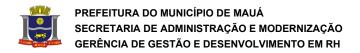
DATA DO ÓBITO MATRÍCULA

NOME DO FILHO							
DATA NASCIMENTO SEXO		ESTADO CIVIL			LOCAL DE NASCIME	NTO (CIDA	DE/ESTADO/PAÍS)
/ / /) M / () F						
	, (, ,	LINE		501114		DEGISTO	O NO.
CARTÓRIO		LIVRO		FOLHA		REGISTR	O N
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO		UF		DEPENDENTE PARA	IMPOSTO I	DE RENDA?
	,	,					
	/					() Sim / () Não
CPF		CARTÂ	ÁO SUS				
CERTIDÃO DE ÓBITO				DATA DO	ÓBITO		MATRÍCULA
					1 1		
NOME DO FILHO							
DATA NASCIMENTO SEXO		ESTADO CIVIL			LOCAL DE NASCIME	NTO (CIDA	DE/ESTADO/PAÍS)
/ / /) M / () F						
	, (, ,	LIVE		501114		DEGISTO	0.10
CARTÓRIO		LIVRO		FOLHA		REGISTR	O №
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇÃO		UF		DEPENDENTE PARA	IMPOSTO I	DE RENDA?
	/	/				() Sim / () Não
CPF		CARTÂ	ÁO SUS	l			
CERTIDÃO DE ÓBITO				DATA DO	ÓВІТО		MATRÍCULA
					/ /		
NOME DO FILHO							
NOME DO FILHO							
NOME DO FILHO							
NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO SEXO		ESTADO CIVIL			LOCAL DE NASCIME		DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEXO		ESTADO CIVIL					DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEXO)M/()F					ENTO (CIDA	
DATA NASCIMENTO SEXO		ESTADO CIVIL		FOLHA			
DATA NASCIMENTO SEXO						ENTO (CIDA	
DATA NASCIMENTO SEXO		LIVRO	UF			ENTO (CIDAI REGISTR	O Nº
DATA NASCIMENTO) M / () F	LIVRO			LOCAL DE NASCIME	REGISTR	O Nº DE RENDA?
DATA NASCIMENTO)M/()F	LIVRO			LOCAL DE NASCIME	REGISTR	O Nº
DATA NASCIMENTO) M / () F	LIVRO			LOCAL DE NASCIME	REGISTR	O Nº DE RENDA?
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F	LIVRO	UF		LOCAL DE NASCIME	REGISTR	O Nº DE RENDA?
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F	LIVRO	UF	FOLHA	LOCAL DE NASCIME	REGISTR	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F	LIVRO	UF		LOCAL DE NASCIME	REGISTR	O Nº DE RENDA?
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F	LIVRO	UF	FOLHA	DEPENDENTE PARA	REGISTR	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F	LIVRO	UF	FOLHA	LOCAL DE NASCIME	REGISTR	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F	LIVRO	UF	FOLHA	DEPENDENTE PARA	REGISTR	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEXO) M / () F	LIVRO	UF	FOLHA	DEPENDENTE PARA	REGISTR	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEXO) M / () F	LIVRO	UF	FOLHA	DEPENDENTE PARA	REGISTR	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEXO) M / () F	LIVRO	UF	FOLHA	DEPENDENTE PARA	REGISTRI IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO SEXO	DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO /CARTĀ	UF	FOLHA	DEPENDENTE PARA	REGISTRI IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA
DATA NASCIMENTO SEXO) M / () F	LIVRO / CARTÁ	UF	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTRI IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEXO / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO SEXO	DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO /CARTĀ	UF	FOLHA	DEPENDENTE PARA	REGISTRI IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEXO	DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO / CARTÁ	UF	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTRI IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO) M / () F DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO / CARTÁ	UF AGO SUS	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTR IMPOSTO I (REGISTR REGISTR	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEXO	DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO / CARTÁ	UF	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTR IMPOSTO I REGISTR IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS) DE RENDA?
DATA NASCIMENTO) M / () F DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO / CARTÁ	UF AGO SUS	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTR IMPOSTO I REGISTR IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO) M / () F DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO CARTÀ CARTÀ LIVRO	UF AGO SUS	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTR IMPOSTO I REGISTR IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS) DE RENDA?
DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO CARTÀ CARTÀ LIVRO	UF LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIF	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTR IMPOSTO I REGISTR IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS) DE RENDA?
DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CEDULA DE IDENTIDADE) M / () F DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO CARTÀ CARTÀ LIVRO	UF LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIF	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTR IMPOSTO I REGISTR IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS) DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / () F DATA EXPEDIÇÃO	LIVRO CARTÀ CARTÀ LIVRO	UF LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIFE LIF	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTR IMPOSTO I REGISTR IMPOSTO I	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS) DE RENDA?

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						
FMDF						
EMPRESA	REGOS ANTERIORES (Relacionar todos os en	npregos anteriores, inclusive	os de vinculo	DEMISSÃO		
		1	1	,	1	
					/	
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
îns 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. Estar aposentado pelo Regime Geral da Previdência Social – RGPS/INSS, desde/, conforme Declaração de Beneficiário anexa. Estar aposentado por Regime Próprio pelo(a), de/, anexa. Declaro estar ciente de que, em caso de alteração da situação ora declarada, devo requerer expedição de novo "Ato de Análise de Acúmulo de Cargo", onde juntarei declaração de horário do outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do					
Declaro, ainda, não estar em gozo de licença por auxílio-doença ou aposentado por invalidez.					
Mauá, //					
Assinatura 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 legal- mente.					
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,/					

REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE											
	TIPO DE REQUERIMENTO										
					PÇÃO						
de in o o o o o o o o o o o o o o o o o o	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 (cinqüenta) deslocamentos mensais; A ocorrência de faltas, licenças ou afastamentos de qualquer natureza, implicam no desconto da respectiva quantidade de dias no mês subseqüente. DADOS DO SERVIDOR REGISTRO FUNCIONAL CARGA HORÁRIA SEMANAL										
	CAL DE TRAB	ALHO								TEL. LOCAL DE	TRABALHO
					ENDERE	CO RESID	FNCIAL				
RU	A / AV.				LNDERE	ÇO KLSID	LIVOIAL			1	N _o
BA	IRRO									ļ	
MU	NICÍPIO							TEL. RESI	DENCIAL	TEL. CELULAR	
					VALES TRAN	SPORTE	UTILIZADOS				
	(*1) CÓD. TRANSP.		TD. NA		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 OM = ÔNIBUS / METRÔ EMTU = TRÓLEIBUS MT = METRÔ MO = METRÔ / ÔNIBUS TS 2 = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA) TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO) TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA) 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).											
D.	ara fozor ::	20 da	, cic		O DE COMPROMISSO		_		——	acactive en	ecentação
 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 residênciatrabalho 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. 											
Мац	uá,o	le			de			Se	ervidor <i>(Assinatur</i>	a)	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

CONVÊNIO MÉDICO. TERMO DE OBC.

		CONVENION	<u> IEDICO - TERMO DE OP</u>	<u>ÇAU</u>			
		D	ADOS DO SERVIDOR				
NOM	E DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL		
CPF		DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA		
1.00	AL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO		
LUCA	AL DE I RABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO		
		TIF	O DE REQUERIMENTO				
	OPÇÃO PELO COI	NVÊNIO MÉDICO	NÃO OPCÃO F	PELO CONVÊNIO MÉDIO	:0		
	,		MPRESA CONTRATADA				
	"CM	I Planos de Assistêr	ncia Médica Ltda. (PESSO	AL SAÚDE)"			
			TIPO DE PLANO				
	☐ FAMILIAR BÁSIC	O: R\$ 220,00	☐ FAMILIAR S	SUPERIOR: R\$655,00			
		DOCU	IMENTOS NECESSÁRIOS				
- DO - DO SUS - DE - DE ANO Obs	 - 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. - DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = 01 Cópia da Certidão de União Estável, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do SUS. - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANO = 01 Cópia da Certidão de Nascimento, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS. - DE FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QUE ESTEJA CURSANDO FACULDADE E DESEJE UTILIZAR O CONVÊNIO MÉDICO ATÉ COMPLETAR 23 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do CARTão do SUS e 01 Cópia da Declaração de Matrícula na Faculdade. Obs. 1 - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH. Obs. 2 - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor). 						
			DEPENDENTES (1)				
	NOME DO DEPENDENTE		22. 2.122.1126 (1)		DATA DE NASCIMENTO		
	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO			
1							
	NOME DA MÃE						
	NOME DO DEPENDENTE			þ	ATA DE NASCIMENTO		
	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO			
2		or r		SIGNO DE L'ARENTESSO			
	NOME DA MÃE						
	NOME DO DEPENDENTE			þ	ATA DE NASCIMENTO		
				GRAU DE PARENTESCO			
3	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO			
	NOME DA MÃE			<u> </u>			
	NOME DO DEPENDENTE			þ	ATA DE NASCIMENTO		
	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO			
4	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO			
	NOME DA MÃE						
		TEC	RMO DE COMPROMISSO				
Doc	claro estar ciente:	1121	THO DE COMIT ITOMICOO				
 O servidor tem o prazo de 30 dias, a contar da data de admissão, para aderir ao convênio sem carência. O servidor tem o prazo de 30 dias, a contar da data em que se iniciar o vínculo com seus novos dependentes, para incluí-los no convênio sem carência. Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada. Que ao requerer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos terei minha opção pelo uso do Convênio Médico excluída, assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato. 							
Mai	uá,de	de _		Servidor (Assinatu	ura)		
			DA 1100 DO DADO	OCI VIGOT (Assillato	, u _j		
Co Nã Ob	iberamos pela: oncessão do Benefício. o Concessão. Motivo:						
Res	sponsável	Registro fi	uncional	Data			

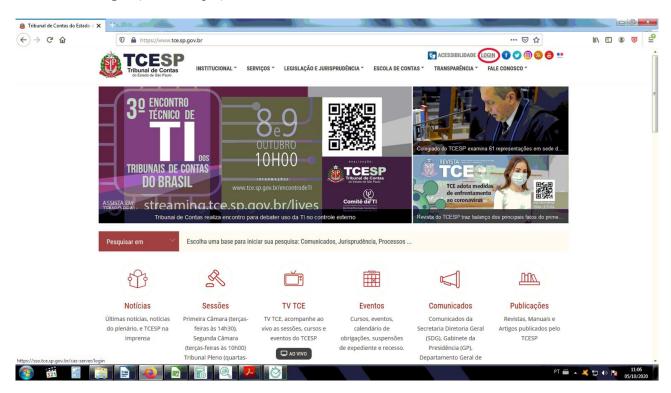
DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Ξu,		, Regist
	al, portador do CPF	
da Lei I	ederal nº 8.429, de 02/06/1992, declaro que esto	ou dispensado de apresentar
Declara	ção Anual de Imposto de Renda Pessoa Física à	Receita Federal do Brasil, be
como qu	ie:	
Não	o possuo bens e valores	
	esento a Declaração de Bens e Valores que compõe	em o meu patrimônio:
Item	Discriminação	Valor
	Mauá, de	de
	Assinatura	
	/ loomatara	
	Recel	oido em://
		imbo/Nome/Assinatura/RF 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)



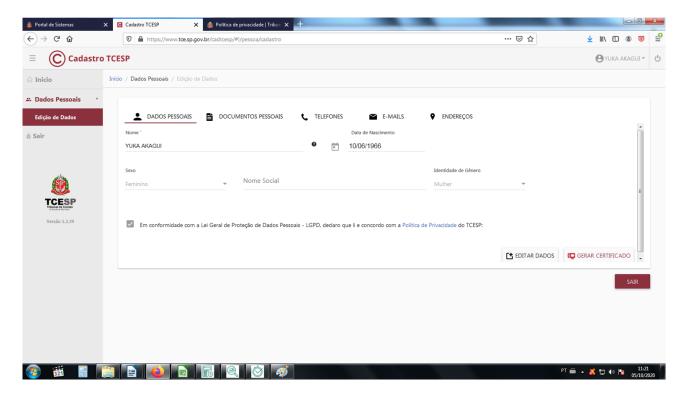
3. Clicar em "Não possuo uma conta"



4. Preencher os campos



- 5. Clicar no botão "Cadastrar".
- 6. Você será direcionado à seguinte página, onde você deverá preencher todos os dados solicitados.



- 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.