

PORT/GGDRH/Nº 64.169 de 22 de janeiro de 2024

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 15/02/2024, em caráter efetivo, os candidatos relacionados no Anexo II da presente portaria, para os respectivos cargos.

Artigo 2º — A posse dar-se-á em 29/02/2024.

Artigo 3º — O exercício dar-se-á em 04/03/2024.

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, 22 de janeiro de 2024

Marcelo Oliveira Prefeito

Publique-se na imprensa local, nos termos da Lei Orgânica do Município.

Roberto Rusticci Secretária Municipal Interino

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

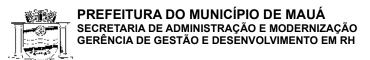
I – Ampla concorrência

- **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, Assistente Social, Técnico Administrativo, Técnico Contabilidade

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

Agente de Trânsito e Transporte

- 1. Audiometria Tonal
- 2. Avaliação Oftalmológica
- 3. Hemograma Completo
- 4. 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

Engenheiro Sanitarista

- 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

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

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 № 64.169 CANDIDATOS COTA RACIAL

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES							
		AGENTE ADMINIS	STRATIVO				
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional		
111	40	CARLOS EDUARDO NOBREGA MONTRESOL	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 9h	21/02/24 - 8h30		
112	50	MARCIO HENRIQUE MANI	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 9h	21/02/24 - 8h30		
113	52	RODOLFO DA SILVA FERREIRA	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 9h	21/02/24 - 8h30		

		AGENTE ADMINIS	STRATIVO		
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
114	54	JEFFERSON DA SILVA MELO PEREIRA	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 9h	21/02/24 - 8h30

AGENTE DE TRANSITO E TRANSPORTE						
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional	
13	16	EMESON DE LIMA GOMES	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 9h	21/02/24 - 8h30	

	VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES								
		ASSISTENTE :	SOCIAL						
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega	Exame				
Ciassilicação	Vaga	Nome	Attibulção	Documentos	Admissional				
48	36	FABIANA GOMES DA SILVA	29/01/24 - 9h	06/02/24 - 10h	21/02/24 - 9h30				

		ASSISTENTE S	OCIAL		
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional
49	37	KARINA NUNES FELIX	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 10h	21/02/24 – 9h30

	ENFERMEI	RO		
Classificação	Nome	Atribuição	Entrega	Exame
90	ANDREIA VILLAPANDO DA SILVA	29/01/24 – 9h	Documentos 06/02/24 – 10h	Admissional 21/02/24 – 9h30
91	ALINE CRISTINA DA SILVA ALMEIDA	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 10h	21/02/24 - 9h30

VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES									
	ENGENHEIRO SANITARISTA								
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega	Exame				
Classificação	vaga	Nome	Attibulção	Documentos	Admissional				
2	1	BRUNA CHYOSHI	29/01/24 – 9h	06/02/24 - 10h	21/02/24 - 9h30				

	VAGAS REMANESCENTES CONVOCAÇÕES ANTERIORES							
	PSICÓLOGO							
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional			
39	31	LIA HOLANDA PONTES	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 13h	21/02/24 - 9h30			
40	32	BRUNA IGNACIO ARIAS	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 13h	21/02/24 - 10h30			

	TÉCNICO ADMINISTRATIVO								
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega	Exame				
Ciassilicação	vaga	Nonie	Attibulção	Documentos	Admissional				
36	32	CASSIA DE OLIVEIRA MELO	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 13h	21/02/24 - 10h30				
15 LN – 72 LG	33	PAULO ALEXANDRE DA COSTA	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 13h	21/02/24 – 10h30				
37	34	ADELAIDE DE LIMA MARTINS	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 13h	21/02/24 - 10h30				

	TÉCNICO DE CONTABILIDADE						
Classificação	Vaga	Nome	Atribuição	Entrega Documentos	Exame Admissional		
8	9	SIDNEY TAVARES PESSOA	29/01/24 – 9h	06/02/24 – 13h	21/02/24 - 10h30		

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										
TANA COMENTO	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	o		PAÍS) Não
DATA NASCIMENTO /	SEXO		ESTADO	ESTADO	DATA DO ÓBII	o		PAÍS MATRÍCULA) Não
DATA NASCIMENTO /	SEXO	CPF	ESTADO	ESTADO	DATA DO ÓBII	o		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 SEX	SCIMENTO SEXO ESTADO CIVIL		O CIVIL		LOCAL DE NASCIMENTO (CID		DE/ESTADO/PAÍS)
1 1) M / () l	=					
) IVI / () I						
CARTÓRIO		LIVRO		FOLHA		REGISTE	RO Nº
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇ	ÁΟ	UF		DEPENDENTE PARA	IMPOSTO	DE RENDA?
	/	1				() Sim / () Não
CPF			CARTÃO SUS				, , ,
			5/11/1/10/000				
CERTIDÃO DE ÓBITO				DATA D	ÓBITO		MATRÍCULA
					//		
NOME DO FILHO							
DATA NASCIMENTO SEX	0	ESTADO	O CIVIL		LOCAL DE NASCIME	NTO (CIDA	DE/ESTADO/PAÍS)
) M / () l	=					
CARTÓRIO	, w. , () .			FOLUA		DECICE	20 Mg
CARTORIO		LIVRO		FOLHA		REGISTE	KU Nº
CÉDULA DE IDENTIDADE	DATA EXPEDIÇ	io	UF		DEPENDENTE PARA	IMPOSTO	DE RENDA?
	/	/				() Sim / () Não
CPF			CARTÃO SUS				, , ,
CERTIDÃO DE ÓBITO				DATA D			MATRÍCULA
					//		
NOME DO FILHO							
NOME DO FILHO							
NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO SEX	0	ESTADO	O CIVIL		LOCAL DE NASCIME	ENTO (CIDA	DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEX) CIVIL		LOCAL DE NASCIME	ENTO (CIDA	IDE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO) M / ()	=	D CIVIL	EQI HA	LOCAL DE NASCIME	·	·
DATA NASCIMENTO SEX			O CIVIL	FOLHA	LOCAL DE NASCIME	ENTO (CIDA REGISTE	·
DATA NASCIMENTO		=	O CIVIL	FOLHA	LOCAL DE NASCIME	·	·
DATA NASCIMENTO		LIVRO	D CIVIL	FOLHA	LOCAL DE NASCIME	REGISTE	RO Nº
DATA NASCIMENTO SEX/) M / ()	LIVRO		FOLHA		REGISTE	RO N° DE RENDA?
DATA NASCIMENTO SEX / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / ()	LIVRO		FOLHA		REGISTE	RO Nº
DATA NASCIMENTO SEX/) M / ()	LIVRO	UF	FOLHA		REGISTE	RO N° DE RENDA?
DATA NASCIMENTO SEX) M / ()	LIVRO	UF		DEPENDENTE PARA	REGISTE	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEX / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE) M / ()	LIVRO	UF	FOLHA DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTE	RO N° DE RENDA?
DATA NASCIMENTO SEX) M / ()	LIVRO	UF		DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEX / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO) M / ()	LIVRO	UF		DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEX) M / ()	LIVRO	UF		DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEX / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO) M / ()	LIVRO	UF		DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO SEX / / / (CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO	DATA EXPEDIÇ	LIVRO	UF CARTÃO SUS		DEPENDENTE PARA	REGISTR (DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA
DATA NASCIMENTO SEX) M / () DATA EXPEDIÇ.	LIVRO	UF CARTÃO SUS		DEPENDENTE PARA	REGISTR (DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA
DATA NASCIMENTO SEX	DATA EXPEDIÇ	LIVRO LIVRO	UF CARTÃO SUS	DATA DI	DEPENDENTE PARA	REGISTE IMPOSTO (DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEX) M / () DATA EXPEDIÇ.	LIVRO	UF CARTÃO SUS		DEPENDENTE PARA	REGISTR (DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEX) M / () DATA EXPEDIÇ.	LIVRO LIVRO	UF CARTÃO SUS	DATA DI	DEPENDENTE PARA	REGISTE IMPOSTO (DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEX) M / () DATA EXPEDIÇ.	ESTADO	UF CARTÃO SUS	DATA DI	DEPENDENTE PARA	REGISTE (DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO SEX	DATA EXPEDIÇ.	ESTADO	CARTÃO SUS	DATA DI	DEPENDENTE PARA	REGISTE (DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE RENDA?
DATA NASCIMENTO SEX	DATA EXPEDIÇ.	ESTADO	CARTÃO SUS	DATA DI	DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE/ESTADO/PAÍS)
DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO SEX (CARTÓRIO	DATA EXPEDIÇ.	ESTADO	CARTÃO SUS	DATA DI	DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE RENDA?
DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF	DATA EXPEDIÇ.	ESTADO	CARTÃO SUS	DATA DO	DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não MATRICULA DE/ESTADO/PAÍS) DE RENDA?) Sim / () Não
DATA NASCIMENTO CARTÓRIO CÉDULA DE IDENTIDADE CPF CERTIDÃO DE ÓBITO NOME DO FILHO DATA NASCIMENTO SEX (CARTÓRIO	DATA EXPEDIÇ.	ESTADO	CARTÃO SUS	DATA DI	DEPENDENTE PARA	REGISTF	DE RENDA?) Sim / () Não MATRÍCULA DE RENDA?

FORMAÇÃO ACADÊMICA					
	CURSO DE	FORMAÇÃO			
CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO		SITUAÇÃO
			/	/	
CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO		SITUAÇÃO
			/	/	
CURSO	INSTITUIÇÃO	NÍVEL	CONCLUSÃO		SITUAÇÃO
			/	/	
	CURSOS DE APE	ERFEIÇOAMENTO			
CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO		SITUAÇÃO
			/	/	
CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO		SITUAÇÃO
			/	/	
CURSO	INSTITUIÇÃO	CARGA HORÁRIA	CONCLUSÃO		SITUAÇÃO
			/	/	
	LIETÓDICO D	ROFISSIONAL			
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



CONVÊNIO MÉDICO - TERMO DE OPÇÃO

ᆖ			EDIOO TEINIO DE OI			
NOM	E DO SERVIDOR	DA	DOS DO SERVIDOR		REGISTRO FUNCIONAL	
CPF		DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA	
LOC	AL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO	
		TIPO	DE REQUERIMENTO			
	OPÇÃO PELO CO	NVÊNIO MÉDICO	■ NÃO OPÇÃO P	PELO CONVÊNIO MÉDIO	co	
		EMI	PRESA CONTRATADA			
	"CN	II Planos de Assistênd	ia Médica Ltda. (PESSOA	AL SAÚDE)"		
			TIPO DE PLANO			
	☐ FAMILIAR BÁSIC	O: R\$ 242,53	☐ FAMILIAR S	SUPERIOR: R\$722,07		
	_	DOCUM	IENTOS NECESSÁRIOS			
- DO - DO SUS - DE - DE ANO Obs	TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cóp. CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Có. (A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃ. FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QI S, 11 MESES E 29 DIAS = 01 Cópia. 1 - As cópias do RG e do CPF. 1. 2 - Após o período de adesão	ópia do CPF; 01 Cópia da Ce O ESTÁVEL = 01 Cópia da UM) ANO = 01 Cópia da Ce JE ESTEJA CURSANDO F, 1 do RG; 01 Cópia do CPF, 0 podem ser substituídas	rtidão de Casamento e 01 Cópia Certidão de União Estável, 01 C tidão de Nascimento, 01 Cópia o ACULDADE E DESEJE UTILIZA 1 Cópia do Cartão do SUS e 01 bela cópia da CNH.	a do cartão do SUS. ópia do RG, 01 Cópia do C do RG, 01 Cópia do CPF e IR O CONVÊNIO MÉDICO Cópia da Declaração de M	01 Cópia do cartão do SUS. ATÉ COMPLETAR 23 atrícula na Faculdade.	
	, ,	<u> </u>	<u> </u>		.,,	
	NOME DO DEPENDENTE		PEPENDENTES (1)		DATA DE NASCIMENTO	
1	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO		
	NOME DA MÃE					
	NAME DO DEDENDENTE			li-	ATA DE MACCIMENTO	
	NOME DO DEPENDENTE			L.	DATA DE NASCIMENTO	
2	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO		
_	NOME DA MÃE					
	NOME DA MAE					
	NOME DO DEPENDENTE				DATA DE NASCIMENTO	
	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO	1	
3						
	NOME DA MÃE					
	NOME DO DEPENDENTE			10	DATA DE NASCIMENTO	
	RG	CPF		GRAU DE PARENTESCO		
4	rG	CPF		GRAU DE PARENTESCO		
	NOME DA MÃE			l		
		TED	MO DE COMPROMISSO			
Dod	lara actor cianto:	IERI	IIO DE COMPROMISSO			
- O con - Se con - Q exc	Declaro estar ciente: - O servidor tem o prazo de 30 dias, a contar da data de admissão, para aderir ao convênio sem carência. - O servidor tem o prazo de 30 dias, a contar da data em que se iniciar o vínculo com seus novos dependentes, para incluí-los no convênio sem carência. - Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada. - Que ao requerer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos terei minha opção pelo uso do Convênio Médico excluída, assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato. Mauá, de de					
ivia	Ju,uG	ue		Servidor (Assinati	ura)	
		PAF	RA USO DO DADP			
Do	iberamos nela:		000 20 21.01			
De	iberamos pela:					
	ncessão do Benefício. o Concessão. Motivo:					
Ob	s.:					
Re	sponsável	Registro fu	ncional	Data		

CÓDIGO 184 VS.26

					REQUERIMENTO .	- AUXÍLI	O TRANS	<u>PORTE</u>			
	_				TIPO DE	REQUERI	MENTO				
			_IN	ICLUSÃO	ALTERAÇÃO		EXCLUS	ÃO	□NÃO C	PÇÃO	
de in o o o o o o o o o o o o o o o o o o	espesas de terurbano, Auxílio T unicipalida abe ao ser ês por ce ejam inferio utilização Auxílio Tra	e desi com ransp de, n vidor nto) s res a ndev anspo de fi	loca cara oorte apu apu sobra est ida orte	mento da residêr acterísticas seme e será custeado ue exceder a paro urar se há vantage o salário base/re; do Auxílio Transperá devido por os, licenças ou afa	cio que será concedid ncia ao trabalho e vice Ihantes aos urbanos, e pelo Servidor até o cela cabida ao Servido em e optar pelo receb vencimento, ainda qu porte caracteriza falta e lia de efetivo trabalho, estamentos de qualque	-versa, u excluídos limite de r; imento o e os valo grave, su no limite	dministração tilizado no s os meios do 3% (três pu não deste pres recebido de 50 (cinq za, implicam	istema de e transporor cento; benefício los a títul ervidor às üenta) de	e transporte col rte seletivos, es do salário ba o, pois o desco o de Auxílio To s penalidades p slocamentos m	etivo público speciais e rod ase/vencimen nto será sem ransporte pel-revistas na Luensais;	urbano ou oviários; to, e pela pre de 3% o Servidor ei; de de dias
	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 (BARUERI / JANDIRA / ITAPEVI) TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA) OI = ÔNIBUS INTERMUNICIPAL (*2) CÓDIGO DADP (PREENCHIDO NO DADP).						/ ITAPEVI)				
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)	

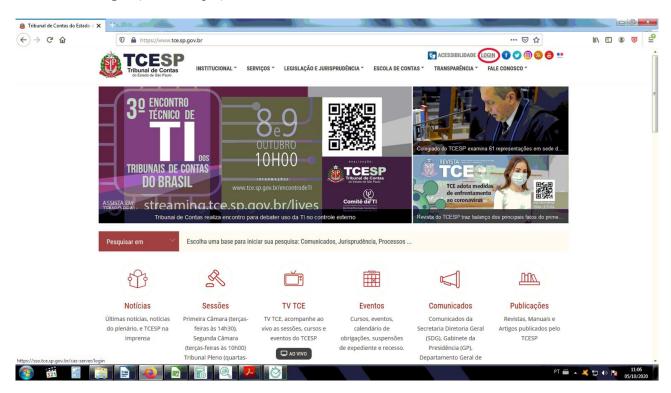
DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

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)



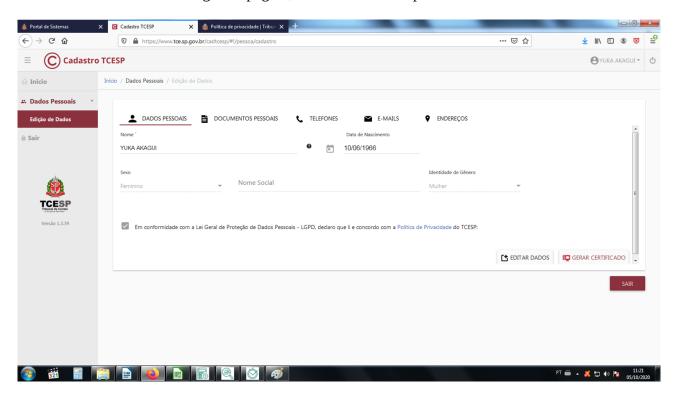
3. Clicar em "Não possuo uma conta"



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.