Prezado Candidato,

Os formulários a seguir deverão ser impressos, preenchidos de forma legível e sem rasura e entregues na Gerência de Gestão de Desenvolvimento em RH, juntamente com os documentos relacionados, na data da apresentação para entrega de documentos.

A documentação e formulários preenchidos deverão ser entregues na Gerência de RH, na Avenida João Ramalho 205, 1° andar.

Optando pelo convênio médico, você deverá trazer original e cópia do Cartão SUS do titular e dependentes.

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-900,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

Para contratação, deverá o candidato comparecer à Coordenadoria de Gestão de Pessoas, no dia e horário agendados e apresentar a documentação comprobatória completa abaixo discriminada, sob pena de ser considerado desistente do processo:

1. Preenchimento COMPLETO da Ficha Cadastral com letra de forma (legível e sem rasuras);
2. Declaração de Acumulação de Cargos, quando for o caso;
3. Atestado de Antecedentes Criminais Original expedido pela Secretaria de Segurança Pública - que pode ser retirado em qualquer unidade do Poupatempo ou pela internet no endereço eletrônico www.ssp.sp.gov.br (**não** serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública);
4. 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;
5. Comprovante de cadastro no PIS/PASEP (o cartão cidadão **não** será aceito como comprovante) – original e cópia frente e verso;
6. Cédula de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF) - original e cópias;
7. Comprovante de situação cadastral do CPF - original (disponível no endereço eletrônico: www.receita.fazenda.gov.br);
8. Cédula de Identidade (RG) – original e cópia; no caso de estrangeiro, cédula de identidade, visto e certidão de registro estrangeiro – originais e cópias;
9. Título de Eleitor, juntamente com os comprovantes de votação na última eleição (1º e 2º turnos) - originais e cópias, ou na falta dos comprovantes, certidão de quitação eleitoral original que pode ser retirada no cartório eleitoral ou pela internet: www.tse.sp.gov.br (as justificativas **não** serão aceitas);
10. Certificado de reservista – original e cópia frente e verso (após 45 anos isento Lei JSM);
11. Cartão Nacional de Saúde (SUS) – original e cópia;
12. Comprovante de residência atual – original e cópia;
13. Passaporte – original e cópias da página onde consta foto, número do passaporte e datas de emissão e validade;
14. Registro de Identidade Civil (RIC) – original e cópia frente e verso;
15. 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) – originais e cópias frente e verso;
16. Certificados de cursos específicos, quando a lei, o edital e cargo assim exigirem (para os casos de motoristas de veículos de urgência, apresentar o curso de condutor de veículo de urgência, com, no mínimo 40h/aula) – originais e cópias;
17. Registro em Conselho, com comprovante da última anuidade paga, quando a lei e/ou o cargo assim exigir – originais e cópias;
18. Certidão Negativa de Pontuação e Certidão de Prontuário (expedidas pelo DETRAN) e CNH categoria B para o cargo de Motorista de Veículos Leves e Agente de Fiscalização de Trânsito, e CNH categoria D para o cargo de Motorista Veículos de Urgência e CNH categoria E para o cargo de Motorista de Veículos Pesados – as certidões originais e a CNH original e cópia;
19. Certidão de Casamento para o caso de candidatos casados, separados, divorciados ou viúvos ou Certidão de Nascimento no caso de solteiro (a) – Original e cópia;
20. 1 foto 3x4 recente;
21. Certidão de Nascimento, RG, CPF, Título de Eleitor, Carteira de Trabalho e Cartão SUS dos filhos solteiros com até 21 anos de idade ou até 24 anos, se universitário – Original e cópia;
22. Certidão Civil, RG, CPF e Cartão SUS do cônjuge e dos pais. No caso de falecidos, Certidão de Óbito – cópias;
23. Caderneta de Vacinação atualizada dos filhos menores de 6 anos – Original e cópia;
24. Comprovante de Escolaridade dos filhos com até 14 anos – Original e cópia;
25. Cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício (**completa**) ou preenchimento de declaração de bens e valores;
26. Atestado de Saúde Ocupacional expedida pelo Departamento de Saúde no Trabalho – conforme horário previamente agendado – sendo considerado como desistente, caso não compareça ao exame no dia e horário marcado;

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 e não será contratado, se demitido ou exonerado do serviço público em consequência de processo administrativo (por justa causa ou a bem do serviço público).

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO EM RH
DIVISÃO DE SELEÇÃO E DESEMPENHO FUNCIONAL

FICHA CADASTRAL (Preencher com letra de forma)

Ficha Básica

Nome Completo (sem abreviaturas)

POSSUI OUTRO CONTRATO (TRABALHANDO) NA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ ( ) NÃO ( ) SIM RF Nº

Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil	Grau Instrução	Data Nascimento / /	Nacionalidade ( ) Brasileira / ( ) Estrangeira

Cart.Trabalho Prev.Social nº	Série	UF	Data Expedição	CPF nº

PIS/PASEP nº	Data Expedição	Raça/Cor	Deficiente Físico ( ) Sim ( ) Não	Deficiência

Ficha Complementar

Endereço:	Nº	Complemento

Cidade	Bairro	CEP	Telefone Fixo	Celular

Cidade Nascimento	Nº Cédula de Identidade	Org. Expedidor	UF	Data Expedição

Se estrangeiro naturalizado	Nº Cédula de Identidade	Org. Expedidor	UF	Data Expedição	Cartão SUS Nº

Se estrangeiro **não naturalizado**	Ano chegada	Tipo Visto	Registro Estrangeiro	Validade Visto	Validade CTPS

Nº Título de Eleitor	Zona	Seção	Certificado de Reservista nº	Categoria

Nº Habilitação	Categoria	Expedição	Validade	1ª Habilitação

Conselho Profissional	Registro no Conselho	E-mail particular

Tipo de Certidão Civil ( ) Nascimento ( ) Casamento	Matrícula da Certidão Civil nº	Cartório

Data de Emissão da Certidão	Termo de Matrícula da Certidão Civil nº	Livro nº	Folha nº	Cidade/Estado Certidão Civil

Passaporte nº	Órgão Emissor	Estado	Data de Emissão	Data de Validade

Registro de Identidade Civil RIC nº	Data Expedição	Órgão Emissor	Estado Emissor	Cidade de Emissão	Vencimento do RIC

Ficha Familiar

Nome Pai	Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR ( ) Sim / ( ) Não

Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade

Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado

Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº

Nome Mãe	Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR ( ) Sim / ( ) Não

Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade

Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado

Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº

Nome Cônjuge	Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR ( ) Sim / ( ) Não

Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade

Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado

Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO EM RH
DIVISÃO DE SELEÇÃO E DESEMPENHO FUNCIONAL

Filhos

Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição / CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº
Grau Instrução	Nome da Escola	Bolsista ( ) Sim ( ) Não	Data Declaração Escolaridade	Data Vacinação

Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição / CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº
Grau Instrução	Nome da Escola	Bolsista ( ) Sim ( ) Não	Data Declaração Escolaridade	Data Vacinação

Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição / CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº
Grau Instrução	Nome da Escola	Bolsista ( ) Sim ( ) Não	Data Declaração Escolaridade	Data Vacinação

Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição / CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº
Grau Instrução	Nome da Escola	Bolsista ( ) Sim ( ) Não	Data Declaração Escolaridade	Data Vacinação

Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição / CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº
Grau Instrução	Nome da Escola	Bolsista ( ) Sim ( ) Não	Data Declaração Escolaridade	Data Vacinação

Nome	Data Nascimento	Sexo ( ) M / ( ) F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Registro de Identidade Civil	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Carteira de Identidade
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição / CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº
Grau Instrução	Nome da Escola	Bolsista ( ) Sim ( ) Não	Data Declaração Escolaridade	Data Vacinação

FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSOS 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

CURSOS DE FORMAÇÃO

Curso	Conclusão	Situação
Curso	Conclusão	Situação
Curso	Conclusão	Situação

HISTÓRICO PROFISSIONAL

EMPREGOS ANTERIORES: (Relacionar todos os empregos anteriores, incluindo vínculos públicos)

1. Empresa:	Admissão	Demissão
2. Empresa:	Admissão	Demissão
3. Empresa:	Admissão	Demissão
4. Empresa:	Admissão	Demissão
5. Empresa:	Admissão	Demissão

DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei e para fins de posse no serviço público, que não fui condenado 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 bem do serviço público de cargo ou emprego público ou destituído de cargo em comissão ou função pública, no período de 5 (cinco) anos, nas esferas Federal, Estadual e Municipal.
Declaro sob as penas da Lei, que não estou em licença e/ou recebendo por motivo de aposentadoria, por invalidez, amparo assistencial ao idoso e ao deficiente, auxílio doença ou auxílio doença acidentário E estou ciente de que a falsidade das informações prestadas implica em pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal, nos termos legais.
Afirmo de que todos os dados acima são expressão da verdade.

Mauá, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura do servidor

PORTAL DE SERVIÇOS RH ON LINE

A Prefeitura de Mauá, por meio da Secretaria de Administração e Modernização – SAM, está disponiblizando um Portal de Serviços denominado RH Online, que tem como objetivo permitir o acesso a todos os Servidores a diversos serviços prestados pela Gerência de Gestão de Desenvolvimento em RH, como por exemplo, o Holerite Mensal, o Comprovante de Rendimentos Anual, a Programação de Férias Anual, as Portarias Publicadas, os Patrimônios e as Faltas Abonadas Anuais. Estão disponíveis também uma série de informações importantes para o Servidor, como por exemplo: Calendário Anual de Pagamentos e Feriados, o Fale Conosco, Lista de Telefones Úteis, Formulários Diversos, Legislação, Links Interessantes e o Manual do Servidor.
Todos os Servidores Públicos poderão ter acesso a este Portal, pois o conteúdo foi construído, tendo como principal objetivo disponibilizar informações relevantes sobre a vida funcional do Servidor.
Salientamos que todas as informações apresentadas por este Portal são de responsabilidade do RH e que poderá realizar a qualquer tempo, quaisquer altereações nestas informações conforme a necessidade da legislação vigente e também de acordo com a necessidade da própria CGP.

( ) Autorizo o cadastro e concordo com as normas de uso da rede e da internet, descritas na Política de uso da Rede e Internet e compreendo que o uso de meu login de acesso é de minha responsabilidade. Estou consciente de que o acesso ao RH Online é controlado e monitorado.
( ) Não autorizo.

_____
Assinatura do servidor

ACUMULO DE CARGO

Em atendimento ao disposto no Artigo 21, § 8º da Lei Complementar nº 01 de 08 e março de 2002 e artigo 16º do Decreto Municipal nº 6.465 de 27/08/2003, declaro:
( ) Não exercer outro cargo, emprego ou função pública.
Estou ciente de que em caso de alteração da situação ora declarada, devo preencher Ato de Análise de Acumulo de Cargo, onde juntarei declaração de horário de outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto nº 6.465 de 27/08/2003.

_____
Assinatura do Servidor

BENEFÍCIOS

Os formulários para Auxílio Creche, Auxílio Transporte, Convênio Médico, dentre outros, encontram-se disponíveis no Portal do Servidor – RH Online, bem como na Gerência de Gestão de Desenvolvimento em RH e nos Núcleos de RH.
Caso seja do interesse do Servidor qualquer um destes benefícios em seu ingresso, solicitamos comunicar ao responsável pela contratação, para devido preenchimento no momento da admissão ao serviço público. Porém, nos casos de alterações ou posterior interesse, torna-se necessário a impressão dos formulários, juntamente com os documentos exigidos para cada benefício em específico, e a devida entrega no balcão de atendimento do seu núcleo de RH, sempre atentando para os prazos estabelecidos para o mesmo.

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;

Para o benefício do ***Convênio Médico***, o Servidor tem o prazo de 30 dias (a contar da data da admissão) para opção de adesão na Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção assinalada no formulário próprio.

Estou ciente de que tenho prazos para apresentar documentos necessários no caso de optar pelos benefícios de Auxílio Transporte, Convênio Médico, entre outros, sendo que vencendo o prazo, no caso do convênio médico, deverei cumprir o prazo de carência estipulado no contrato.

Declaro que estou ciente de que no caso de opção por algum dos benefícios concedidos pela Prefeitura do Município de Mauá, devo preencher formulário próprio, anexar documentos solicitados e entregar na Coordenadoria de Gestão de Pessoas nos prazos estipulados.

_____
Assinatura do Servidor

CONTA CORRENTE CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Para que a sua conta corrente seja efetivamente aberta, solicitamos que no ato da entrega de documentos ao RH, sejam entregues também, cópias dos documentos exigidos pelo banco: RG, CPF e Comprovante de Residência atualizados. O servidor deverá comparecer na Agência localizada no piso subsolo do Paço Municipal, de 5 a 10 dias úteis após o início de exercício para assinatura do contrato.

Declaro que estou de acordo com todas as informações prestadas neste formulário.

Mauá, _____ de _____ de _____.

_____
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

Eu, _____, indicado (a) para exercer Função de Confiança na Secretaria _____, na Gerência _____, através da Lei nº 5.210 de 18 de abril de 2017, declaro não possuir grau de parentesco ou afinidade com o Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários, Dirigentes de Autarquias ou Vereadores em linha reta ou colateral até o terceiro grau; não manter contrato, bem como exercer cargo, emprego ou função com pessoa jurídica de direito público ou empresa permissionária ou concessionária de serviço público, no âmbito do Município; não ter sido demitido (a) de cargo ou emprego público a bem do serviço público, não possuir condenação judicial transitada em julgado em processo criminal,

( ) Ser servidor (a) efetivo (a) da Prefeitura do Município de Mauá cadastrado (a) sob o Registro Funcional nº _____, tendo sido aprovado (a) em estágio probatório;
( ) Ser servidor (a) efetivo (a) na _____, cadastrado (a) sob o Registro nº_____, tendo sido aprovado (a) em estágio probatório.

De acordo com as possibilidades oferecidas pela Lei nº 5.210 de 18 de abril de 2017, decido neste momento optar pelo:

( ) Vencimento Básico no valor de R$ _____;

( ) Manter o salário base do cargo efetivo com um acréscimo de ____% sobre meus vencimentos, mantendo os recebimentos das vantagens de caráter geral e de caráter pessoal.

Tendo tomado conhecimento das informações necessárias no ato da entrega de documentos exigidos para nomeação/designação do cargo, e por ser expressão da verdade, firmo o presente, ciente do artigo 299 do Código Penal - falsidade ideológica.

Art. 299: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena – reclusão de 01 a 05 anos e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 a 03 anos e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único: Se o agente é funcionário público e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Mauá, _____ de _____ de _____.

_____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

ATO DE ANÁLISE DE ACÚMULO DE CARGO

DECRETO Nº 6.465, DE 27 DE AGOSTO DE 2003

DADOS DO SERVIDOR

Nome _____

Registro Funcional _____ Telefone para contato _____

☐ Estatutário Efetivo ☐ Estatutário Temporário ☐ CLT Estável ☐ CLT Não Estável ☐ Frente de Trabalho

Secretaria _____

Local de Trabalho _____

Cargo ou Emprego _____

Data do Exercício ____ / ____ / _____ Carga Horária Semanal _____

Em atendimento ao disposto no Artigo 21, § 8º, da Lei Complementar nº 01, de 08 de março de 2002, e artigo 17 do Decreto Municipal nº 6.465, de 27/08/03

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.

☐ **Exerceu** outro cargo, emprego ou função pública. Entregar documento comprobatório da rescisão ou exoneração de cargo ou emprego, no prazo máximo de 15 dias.

Declaro estar ciente de que, em caso de alteração da situação ora declarada, devo requerer expedição de novo "Ato de Análise de Acúmulo de Cargo", onde juntarei declaração de horário do outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto nº 6.465, de 27/08/03.

Declaro, ainda, não estar em gozo de licença por auxilio doença ou aposentado por invalidez.

Mauá, ____ / ____ / _____ _____

Assinatura

PARECER DO ÓRGÃO CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS

Considerando o disposto no Artigo 16, § 4º, do Decreto nº 6.465 de 27/08/03 e Artigo 14 da Lei Municipal 4.135 de 02/02/2007 e à vista dos documentos apresentados, delibero pela:

☐ **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 do Decreto nº 6.465 de 27/08/03 e 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

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-520,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

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 (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

NOME DO SERVIDOR	REGISTRO FUNCIONAL
CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
LOCAL DE TRABALHO	
SECRETARIA	TEL. LOCAL DE TRABALHO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AV.	Nº
BAIRRO	
MUNICÍPIO	TEL. RESIDENCIAL / TEL. CELULAR

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

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

(*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

OS	= ÔNIBUS SIMPLES
OM	= ÔNIBUS / METRÔ
EMTU	= TRÓLEIBUS
MT	= METRÔ
MO	= METRÔ / ÔNIBUS
TS 2	= TREM SUBÚRBIO CPTM
TS 3C	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
TS 3BJI	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (BARUERI / JANDIRA / ITAPEVI)
TS 3 O	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO)
TS 3 SP	= TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CAPITAL)
OI	= ÔNIBUS INTERMUNICIPAL

(*2) CÓDIGO DADP (PREENCHIDO NO DADP).

TERMO DE COMPROMISSO / AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

- Para fazer uso do sistema de Auxílio Transporte, declaro que resido no endereço acima descrito, com a respectiva apresentação do comprovante de endereço, conforme disposto no artigo 4º, parágrafo único do Decreto 6894/06.
- Comprometo-me a atualizar as informações supra, anualmente ou sempre que ocorrerem alterações, e a utilizar o Auxílio Transporte que me for concedido exclusivamente quando da utilização do sistema de transporte coletivo no percurso residência-trabalho e vice-versa.
- Estou ciente de que, na hipótese de infringir tal compromisso, a Prefeitura do Município de Mauá poderá dispensar-me por Justa Causa, nos termos do artigo 7º, § 3º do Decreto nº 95.247/87, ou demitir-me em razão da aplicação das penalidades cabíveis, nos termos do disposto no artigo 7º da Lei Municipal 3901 de 29/12/2005.

AUTORIZO A CGP (COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS) A DESCONTAR MENSALMENTE DE MEUS VENCIMENTOS, ATÉ O LIMITE DE 3% (TRÊS POR CENTO) DO MEU SALÁRIO, O VALOR DESTINADO A COBRIR O PAGAMENTO DO AUXÍLIO TRANSPORTE POR MIM UTILIZADO.

Mauá, ____ de _____ de _____

_____
Servidor *(Assinatura)*

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-520,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

MANIFESTAÇÃO DA CGP

De acordo com o Art. 3º da LM 3901/2005 c/c Art. 2º do Decreto 6894/06, **CONCEDO** o benefício.

____ / ____ / _____ _____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal *(Assinatura)*

Cadastro do Benefício

____ / ____ / _____ _____

Responsável pelo Cadastro *(Assinatura)*

INDEFERIMENTO

À

_____

Indefiro conforme justificativa abaixo. Cientificar o Servidor.

Em ____ / ____ / _____ _____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal *(Assinatura)*

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-520,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

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 OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR

NOME DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
p				
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO

TIPO DE REQUERIMENTO

☐ OPÇAO PELO CONVÊNIO MÉDICO ☐ NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO

EMPRESA CONTRATADA

Santo André Planos de Assistência Médica LTDA (MEDICAL HEALTH)

TIPO DE PLANO

☐ FAMILIAR BÁSICO: R$ 110,81 ☐ FAMILIAR SUPERIOR: R$ 329,52

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- **DO TITULAR** = 02 Cópias do RG; 02 Cópias do CPF e 02 Cópias do Comprovante de Residência.
- **DO CÔNJUGE** = 02 Cópias do RG; 02 Cópias do CPF e 02 Cópias da Certidão de Casamento.
- **DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS** = 02 Cópias da Certidão de Nascimento; Se **MAIOR DE 18 ANOS**: 02 Cópias do RG e do CPF.
- **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** = 02 Cópias da Certidão de Nascimento; 02 Cópias do Comprovante de Matrícula na Faculdade e 02 Cópias do Comprovante de Pagamento da Mensalidade Atual.
- **DE COMPANHEIRO(A), QUANDO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM** = 02 Cópias do RG deste Companheiro(a) e 02 Cópias do CPF.
- **DE COMPANHEIRO(A), QUANDO NÃO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM** = 02 Cópias do RG; 02 Cópias da CPF e 02 Cópias de Escritura Pública de Convivência, solicitada em Cartório, comprovada convivência mínima de 2 anos.

DEPENDENTES (1)

1	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
2	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
3	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
4	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			

(1) Cônjuge ou Companheiro; Filhos menores de 21 anos; Filhos até 24 anos, cursando nível superior;

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente:

- No ato da admissão, o Servidor tem prazo de **30 dias**, para opção da adesão na Categoria de Assistência Médica e o **mesmo prazo**, a partir da data que o dependente adquirir o direito ao uso do Convênio Médico para incluí-lo(s), caso contrário, deverá **cumprir os prazos de carência** estipulados em contrato e preencher a Declaração de Saúde.
- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade da Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção acima assinalada.
- Em caso de **Faltas Injustificadas**, com mais de 20 dias consecutivos, será suspenso o uso do Convênio Médico.
- Que ao requerer **quaisquer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos** terá sua opção pelo uso do Convênio Médico **excluída** e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato.

Mauá, ____ de _____ de _____ _____

Servidor *(Assinatura)*

PARA USO DO DADP

Deliberamos pela:

☐ **Concessão do Benefício.**
☐ **Não Concessão. Motivo:** _____

Obs.: _____

Responsável _____ Registro func. _____ Data ____ / ____ / _____

AV. JOÃO RAMALHO, Nº 205, VILA NOÊMIA, MAUÁ, SP, CEP 09371-520,
FONE 4512-7500, CNPJ 46.522.959-0001-98, INSCR. EST. ISENTA, *SITE* www.maua.sp.gov.br

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

FICHA CADASTRO COMPLEMENTAR

ABERTURA DE CONTA BANCÁRIA

Nome:	
Data Nascimento:	Local de Nascimento:
CPF:	Grau de Instrução:
Telefone Res.:	Telefone Com:
Celular:	Email:
Estado civil:	Nome do cônjuge:
Data Nascimento do cônjuge:	CPF cônjuge:
Residência: ( ) Própria ( ) Financiada ( ) Alugada ( ) Cedida	
Possui patrimônio:( )Não ( )Sim. Quais?	
Imóvel Valor: R$	Veículo Valor: R$

ATENÇÃO:

Anexar à esta ficha, cópias dos documentos:

- RG;
- CPF;
- Comprovante de Residência atualizado

Medical Health
Assistência Médica

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

Item	Cód. Titular/ Dependente	Descrição	Uso Medical CID-10

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

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: _____

ANS: 40.019-0