

AGENTE PÚBLICO FORMALIZADOR DA POSSE ANTES DE FORMALIZÁ-LA, CONFIRA TODOS OS DADOS PREENCHIDOS PELO NOMEADO.



DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO – ALTERAÇÃO FUNCIONAL – DISP /AF
DECLARAÇÃO DE DADOS FUNCIONAIS PARA INGRESSO EM OUTRO CARGO SEM INTERRUPTÃO DE VINCULO
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____ PREENCHIDA EM ____/____/20__

Nome:
Nome Social:
Registro:
Cargo:
Data Public:
Classificação:

ESTE FORMULÁRIO É DESTINADO AOS SERVIDORES CONTRATADO/ ADMITIDO/ EFETIVO OU OCUPANTE DE CARGO EM COMISSÃO SEM INTERRUPTÃO DE VINCULO COM A PMSP

INGRESSO SEM INTERRUPTÃO (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

EU, _____, R _____,

DECLARO PARA FINS DE INGRESSO NO CARGO/ FUNÇÃO _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

() NÃO HOUE ALTERAÇÃO EM MEUS DADOS PESSOAIS.

() HOUE ALTERAÇÃO EM MEUS DADOS PESSOAIS CONFORME PREENCHIMENTO DOS ITENS DO CAMPO 1

1 - DADOS PESSOAIS (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

O Agente Público Formalizador da Posse deve informar o RF ao nomeado se ele não souber.

NOME		QUANDO CADASTRADOS PREVIAMENTE NO SIGPEC, OS DADOS PESSOAIS JÁ VIRÃO PREENCHIDOS. CASO CONTRÁRIO O NOMEADO DEVERÁ PREENCHER, INFORMANDO TODOS OS DADOS.			RF
UTILIZAR NOME SOCIAL- Decreto nº 58.228/2018 () SIM () NÃO		NOME SOCIAL		Agente Público Formalizador da Posse fique atento o nomeado poderá usar o Decreto nº 58.228/2018	
RG	REGISTRO NACIONAL DE	DATA DE EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	CPF	
CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL		DATA DE EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	
PIS/PASEP	1º EMPREGO ANO	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL? () SIM Nº: () NÃO	SÉRIE	UF	
CARTEIRA DE TRABALHO DIGITAL Nº	TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? () SIM () NÃO		Nº	CATEGORIA	VALIDADE	UF
DOCUMENTO MILITAR	Nº	DATA DE EMISSÃO	CATEGORIA	REGIÃO MILITAR	
TIPO:	CAMPO MODIFICADO				
DATA DE NASCIMENTO	SEXO () FEMININO () MASCULINO	CIDADE DE NASCIMENTO	ESTADO	DE CHEGADA BRASIL	
NOME DO PAI					
NOME DA MÃE					
ESTADO CIVIL	NOME DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO (A)				
POSSUI FILHOS? () SIM () NÃO	QUANTOS? () NÃO				
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
BAIRRO			CIDADE		
ESTADO			CEP		
CONTATO:					
• FONE RESIDENCIAL: ()		TEL CELULAR: ()			
EMAIL: _____					
() AUTORIZO A PMSP ENVIAR COMUNICADOS PARA O MEU E-MAIL PESSOAL E/OU PELO MEU CELULAR.					
					ASSINATURA DO DECLARANTE

SEGES/COGEP/DRH-Divisão de Eventos Funcionais-DISP/AF

A ASSINATURA É OBRIGATÓRIA

ATENÇÃO

AGENTE PÚBLICO FORMALIZADOR DA POSSE, CONFIRA TODOS OS DADOS ALTERADOS INFORMADOS PELO NOMEADO E ATUALIZE O CADASTRO DO SIGPEC SE FOR O CASO. AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS ALTERADOS DEVEM SER ANEXADAS AO PRONTUÁRIO DO SERVIDOR.

AUTORIZAÇÃO PARA QUE A PMSP POSSA ENTRAR EM CONTATO DIRETAMENTE COM O SERVIDOR.

2 - DADOS ESCOLARES (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

SITUAÇÃO ESCOLAR						
	ENSINO FUNDAMENTAL		ENSINO MÉDIO			PÓS
	FUND. I	FUND. II	REGULAR	PROFISSIONALIZANTE	GRADUAÇÃO	
COMPLETO						
INCOMPLETO						
PROFISSIONALIZANTE						
TÍTULO SUPERIOR						
DATA DA CONCLUSÃO ___/___/___			DATA DE COLAÇÃO DE GRAU ___/___/___			
CONSELHO			Nº DO REGISTRO		DATA DE EMISSÃO DO REGISTRO ___/___/___	
DIPLOMAS APRESENTADOS			CONFIRA SE ESTÁ DE ACORDO COM O EDITAL, QUANDO O PROVIMENTO DO CARGO EXIGIR.			

AGENTE PÚBLICO FORMALIZADOR DA POSSE, ESTE CAMPO DEVE SER PREENCHIDO DE ACORDO COM O EDITAL DE CONCURSO, QUANDO SE TRATAR DE CARGO EFETIVO OU CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO.
OU
DE ACORDO COM O PROVIMENTO DO CARGO QUANDO SE TRATAR DE CARGO DE PROVIMENTO EM COMISSÃO

3- DECLARAÇÃO NOS TERMOS DO DECRETO Nº 57.557/2016

COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE
 AMARELA BRANCA INDÍGENA PARDA PRETA

OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS PELO NOMEADO

4- INGRESSO DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO ABAIXO:

Lei nº 13.398/2002 - Legislação para Pessoas com Deficiência
 SIM NÃO Tipo de Deficiência: FÍSICA AUDITIVA VISUAL MENTAL

Decreto nº 57.557/2016 - Legislação Municipal sobre Cotas Raciais
 SIM NÃO

5 - DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO FUNCIONAL COM A PMSP - ADMINISTRAÇÃO DIRETA OU INDIRETA (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

5.1 **NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP**

5.2 **SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA**
 SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA

CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO
DENOMINAÇÃO DO ORGÃO (SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, AUTARQUIA - OUTROS)	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência
LICENÇA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FÉRIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___	PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___
AFASTAMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO DE AFASTAMENTO: <input type="checkbox"/> COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS <input type="checkbox"/> SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS
PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___	
ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PROCESSO NÚMERO
EXERCE CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CARGO

Agente Público Formalizador da Posse acompanhe o preenchimento dos campos. Fique atento se houve alguma alteração dos dados.
Na hipótese de impedimento submeta à Área Jurídica da Unidade e somente formalize a posse em caso de deferimento

5.3 **FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA**
 FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA

CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO	EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO
NO CARGO/ FUNÇÃO DE:	DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___
MOTIVO DO DESLIGAMENTO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINSITRAÇÃO <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR	
SOU APOSENTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EM ___/___/___
TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social	
CARGO/FUNÇÃO	
SOU PENSIONISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Nº DO REGISTRO
TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social	

**6- DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO FUNCIONAL COM OUTROS ÓRGÃOS PÚBLICOS
(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

6.1	<input type="checkbox"/> NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, (MINISTÉRIO, SECRETARIA, AUTARQUIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES) MANTIDO POR ESSES PODERES
-----	---

6.2	SOU SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> DE OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	
TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência	
CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO	
CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO	
LICENÇA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FÉRIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PERÍODO DE: ___/___/___ A ___/___/___	PERÍODO DE: ___/___/___ A ___/___/___
AFASTAMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PROCEDIMENTO DISCIPLINAR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR	

Agente Público Formalizador da Posse acompanhe o preenchimento dos campos. Fique atento se houve alguma alteração dos dados. Na hipótese de impedimento submeta à Área Jurídica da Unidade e somente formalize a posse em caso de deferimento

6.3	FUI SERVIDOR PÚBLICO: <input type="checkbox"/> DE OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO	
CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO	
CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO	
MOTIVO DO DESLIGAMENTO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR	
SOU APOSENTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EM ___/___/___ TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social
CARGO / FUNÇÃO	
SOU PENSIONISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Nº DO REGISTRO TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social

7- ACUMULAÇÃO DE CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS PÚBLICOS (LEIA COM ATENÇÃO ANTES DE PREENCHER OS DADOS)

INFORMAÇÕES GERAIS IMPORTANTES:

De acordo com o **artigo 37, Da Constituição Federal Brasileira**, a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:
a) a de dois cargos de professor;
b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;
c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público;

PROVENTOS DE APOSENTADORIA
Também é lícita a acumulação de proventos de aposentadoria:
I. com cargo eletivo ou em comissão;
II. com outra aposentadorias desde que ambas decorrentes de cargos acumuláveis;
III. com a remuneração de servidor ativo, se cargos acumuláveis.

PENSÃO POR MORTE DE SERVIDOR X ACUMULAÇÃO
Nestes casos as pensões representam o direito do beneficiário, como dependente de outro servidor (falecido), não caracterizando acumulação de cargos ou proventos pelo beneficiário da referida pensão.

ATENÇÃO: O Acumulo será considerado lícito havendo compatibilidade de cargos, horários e jornada quando se tratar de cargo, função e emprego público.

Agente Público Formalizador da Posse ALERTE o nomeado sobre a importância dessa informação para evitar transtornos futuros.

7.1 - DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULO DE CARGO/ PROVENTOS

<input type="checkbox"/> CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA, DECLARO QUE NÃO ACUMULAREI CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS FEDERAIS, ESTADUAIS, MUNICIPAIS (EM MINISTÉRIO, SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES)
ASSINATURA DO DECLARANTE
A ASSINATURA É OBRIGATÓRIA

7.2- DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE CARGO: CIENTE DAS ORIENTAÇÕES DO ITEM 7 DECLARO QUE:

7.2.2	() ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS	
() PMSP X PMSP	() PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	
NOME DA UNIDADE	CARGO	
NOME DA UNIDADE	CARGO	
7.2.3	() ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTO	
() PMSP X PMSP	() PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	
APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO	NOME DA UNIDADE	

Agente Público Formalizador da Posse, informe ao nomeado que o acúmulo de cargo é admitido somente para **DOIS** cargos públicos: **Dois** na PMSP ou **UM** na PMSP com outro na Esfera Estadual, Federal ou outros Municípios.

Na hipótese de acúmulo de cargo, forneça o formulário de declaração de acúmulo de cargos para apreciação.

Na SME e na SMS, a acumulação será apreciada e decidida pelas Comissões de Acúmulo de Cargo.

Fico ciente que deverei informar a esta unidade de recursos humanos sobre qualquer alteração, inclusive de jornada.

_____ **A ASSINATURA É OBRIGATÓRIA**
ASSINATURA DO DECLARANTE

CAMPO NOVO

8- DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO FUNCIONAL COM EMPRESA PRIVADA

ATENÇÃO: A atividade desenvolvida em empresa da rede privada somente será lícita se houver compatibilidade com a jornada municipal.

NOME DA ÚLTIMA ou ATUAL EMPRESA EM QUE está TRABALHANDO OU TRABALHOU	Data do desligamento ____/____/____
--	--

9- DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

DECLARO PARA FINS DE INGRESSO EM CARGO/ FUNÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL ARTIGO 11 DA LEI 8989/1979, COMBINADO COM O ARTIGO 2º DO DECRETO 16.174/1979, C

POSSUO REGISTRO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS () SIM () NÃO
RESPONDO A INQUÉRITO POLICIAL OU PROCESSO CRIME () SIM () NÃO

DECLARO QUE, EM CONFORMIDADE COM O ARTIGO 4º DO DECRETO Nº 16.174 REPRESENTAM A FIEL VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE SUA FALSIDADE OCASIONA ATOS SUBSEQUENTES, BEM COMO QUALQUER INFORMAÇÃO QUE GERAR INTERPRETAÇÃO NO RECEBIMENTO DOS MEUS VENCIMENTOS, ATÉ SUA TOTAL REGULARIZAÇÃO.

SÃO PAULO, _____ DE _____ DE _____

- Agente Público Formalizador da Posse **ALERTE** o nomeado sobre a importância dessa informação para evitar transtornos futuros.

- **Na hipótese de impedimento submeta à Área Jurídica da Unidade e somente formalize a posse em caso de deferimento.**

_____ **A ASSINATURA É OBRIGATÓRIA**
ASSINATURA DO DECLARANTE

10- USO EXCLUSIVO DA URH/ SUGESP (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS: SIM () EXPEDIENTE Nº _____ DATA DOC LICITUDE ____/____/20____
NÃO ()

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE PROVENTOS: SIM () EXPEDIENTE Nº _____ DATA DOC LICITUDE ____/____/20____
NÃO ()

ESTA DISP FOI RECEBIDA E CONFERIDA POR:

_____ CARIMBO E ASSINATURA

Agente Público Formalizador da Posse, confira atentamente o preenchimento da DISP/ AF antes de assinar.

A ASSINATURA É OBRIGATÓRIA

SEGES/COG