

Anexo Único a que se refere o artigo 3º do Decreto nº 53.177, de 4 de junho de 2012

DECLARAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) SERVIDOR(A), EMPREGADO(A) OU INDICADO (A):

NOME: _____ RF/RG: _____

NOME SOCIAL: _____

CARGO/FUNÇÃO/ EMPREGO _____

SECRETARIA/SUBPREFEITURA: _____

TELEFONE RES: () _____ CELULAR () _____

E-MAIL: _____

2. DECLARAÇÃO:

DECLARO ter conhecimento das vedações constantes do artigo 1º do Decreto nº 53.177, de 04 de junho de 2012, que estabelece as hipóteses impeditivas de nomeação, contratação, admissão, designação, posse ou início de exercício para cargo, emprego ou função pública, em caráter efetivo ou em comissão, e que:

() **não incorro** em nenhuma das hipóteses de inelegibilidade previstas no referido artigo.

() **incorro** nas hipóteses de inelegibilidade previstas no referido artigo.

() **tenho dúvidas** se incorro ou não na(s) hipótese(s) de inelegibilidade prevista(s) no(s) inciso(s) do referido artigo e, por essa razão, apresento os documentos, certidões e informações complementares que entendo necessários à verificação das hipóteses de Inelegibilidade.

DECLARO, ainda, sob as penas da lei, em especial aquelas previstas na Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, e no artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do interessado/servidor

RG/RF: _____



CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

NOME:
NOME SOCIAL:
NÚMERO DO RG: ÓRGÃO EMISSOR:
REGISTRO: VÍNCULO:
CARGO:
DATA PUBLICAÇÃO:
CLASSIFICAÇÃO:

1 – TERMO DE POSSE

Aos _____, de _____ de _____, toma posse, nesta Unidade, senhor (a) nomeado para o cargo em referência, de acordo com o artigo nº 21, da Lei nº 8989 de outubro de 1979, nos seguintes termos: **“Prometo desempenhar bem e fielmente as funções relativas ao cargo para o qual fui nomeado (a), junto a PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO; respeitar e obedecer as leis, cooperar em tudo quanto a mim couber para a boa execução das tarefas que me forem afetas.**

- Declaração de bens e valores do Decreto nº 59.432/2020 de 13 de maio de 2020

- Declaro que prestei Declaração de Bens e Valores nos termos do Decretos nº 59.432 de 13 de maio de 2020
- Declaro estar ciente de que deverei prestar Declaração de Bens e Valores, no prazo de **10(dez) dias** nos termos do **Inciso I do artigo 4º do Decreto nº 59.432/2020 quando do Início de Exercício.**

- Declaração de família nos termos do Decreto nº 57.894/2017

- Declaro estar ciente de que deverei prestar Declaração de Família, nos termos do parágrafo único do Artigo 3º do Decreto nº57. 894/ 2017 c/c o artigo 1º da Portaria IPREM nº 58/2018.
- Declaro que prestei Declaração de Família nos termos do parágrafo único do artigo 3º do Decreto nº 57.894/2017 c/c o artigo 1º da Portaria IPREM nº 58/2018

- Declaração nos termos do Decreto nº 53.177/2012

- Declaro que prestei a declaração nos termos do Decreto **53.177/2012** e não incorro em nenhuma das vedações previstas no artigo 1º da referida legislação.

- Declaração nos termos da Lei nº 17.910/2023 combinada com a Resolução de COMAP nº 01/2023

- Declaro que prestei a declaração nos termos da Lei nº **17.910/2023** e não incorro em nenhuma das vedações previstas no artigo 1º da referida legislação.

NOMEADO (A)

2 – DECRETO Nº 58.225/2018 – Exame Médico Pré- Admissional

() APTO NO DOC DE ___/___/___

() ISENTO NOS TERMOS DO INCISO I DO ARTIGO 90

3 – ENCERRAMENTO

E para constar, eu

_____ RF.: _____,

lotado(a) nesta Unidade de Recursos Humanos providenciei o presente Termo, que vai assinado pelo (a) nomeado (a) e pelo responsável desta Unidade.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

RESPONSÁVEL PELA URH/ SUGESP

SEGES/COGEP/DRH-Divisão de Eventos Funcionais



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

**DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO — DISP
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____ PREENCHIDA EM ____/____/20__**

| | | |
|--|-------|------|
| Nome: Nome Social: Registro: Cargo: Data Public: Classificação: | VÍNC: | FOTO |
|--|-------|------|

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

| | | | | | |
|--|---|---|-----------------|----------------|--------------------------------|
| NOME | | RF | | | |
| UTILIZAR NOME SOCIAL- Decreto nº 58.228/2018 () SIM () NÃO | | NOME SOCIAL | | | |
| RG | REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE) | DATA DE EXPEDIÇÃO | ÓRGÃO EXPEDIDOR | CPF | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL | DATA DE EXPEDIÇÃO | ÓRGÃO EXPEDIDOR | UF | | |
| PIS/PASEP | ANO DO 1º EMPREGO | 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 TIPO: | Nº | DATA DE EMISSÃO __/__/__ | CATEGORIA | REGIÃO MILITAR | |
| DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ | SEXO () FEMININO () MASCULINO | CIDADE DE NASCIMENTO | ESTADO | NACIONALIDADE | ANO DE CHEGADA AO BRASIL |
| NOME DO PAI | | | | | |
| NOME DA MÃE | | | | | |
| ESTADO CIVIL | | NOME DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO (A) | | | |
| POSSUI FILHOS? () SIM 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 | | | | | |

2- SITUAÇÃO ESCOLAR

| | ENSINO FUNDAMENTAL | | ENSINO MÉDIO | | SUPERIOR | | | | OUTROS |
|----------------------------------|--------------------|----------|--|--------------------|-----------|-----------|--|-----------|--------|
| | FUND. I | FUND. II | REGULAR | PROFISSIONALIZANTE | GRADUAÇÃO | PÓS GRAD. | MESTRADO | DOUTORADO | |
| COMPLETO | | | | | | | | | |
| INCOMPLETO | | | | | | | | | |
| PROFISSIONALIZANTE | | | | | | | ENTIDADE | | |
| TÍTULO SUPERIOR | | | | | | | ENTIDADE | | |
| DATA DA CONCLUSÃO ___/___/___ | | | DATA DE COLAÇÃO DE GRAU ___/___/___ | | | | | | |
| CONSELHO | | | | Nº DO REGISTRO | | | DATA DE EMISSÃO DO REGISTRO ___/___/___ | | |
| DIPLOMAS APRESENTADOS | | | | | | | | | |

3- DECLARAÇÃO NOS TERMOS DO DECRETO Nº 57.557/2016

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE | | | | | | | | | |
| () AMARELA () BRANCA () INDÍGENA () PARDA () PRETA | | | | | | | | | |

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 () MULTIPLA | | | | | | | | | |
| 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 () ADMITIDO () EFETIVO () CONTRATADO () COMISSÃO () CLT () | | | |
| DENOMINAÇÃO DO ORGÃO (SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, AUTARQUIA - OUTROS) | | | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO: () Regime Próprio de Previdência Social () Regime Geral de Previdência Social | | | |
| LICENÇA: () SIM () NÃO | | | FÉRIAS: () SIM () NÃO | | | |
| PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | | PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | | |
| AFASTAMENTO: () SIM () NÃO | | | TIPO DE AFASTAMENTO: () COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS () SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS | | | |
| PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | | | | | |
| ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR () SIM () NÃO | | | PROCESSO NÚMERO | | | |
| EXERCE CARGO EM COMISSÃO () SIM () NÃO | | CARGO | | PADRÃO/ REFERÊNCIA | DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___ | |

| | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| 5.3 | () FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA | | | () FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA | | |
| CATEGORIA FUNCIONAL () ADMITIDO () EFETIVO () CONTRATADO () COMISSÃO () CLT () ELETIVO | | | | | | |
| EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO | | | | | DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___ | |
| NO CARGO/ FUNÇÃO DE: MOTIVO DO DESLIGAMENTO | | | | | | |
| () A PEDIDO | | () POR CONVENIÊNCIA DA ADMINSTRAÇÃO | | () NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO | | |
| () SEM JUSTA CAUSA | | () JUSTA CAUSA | | () OUTROS | | |
| () TÉRMINO CONTRATUAL | | () POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR | | | | |
| SOU APOSENTADO () SIM () NÃO | | EM ___/___/___ | | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO () Regime Próprio de Previdência Social () Regime Geral de Previdência Social | | |
| CARGO/FUNÇÃO | | | | | | |
| SOU PENSIONISTA () SIM () NÃO | | Nº DO REGISTRO | | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO () Regime Próprio de Previdência Social () 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 Social | |
| 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 | | | |
| 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 | |

| | | | |
|--|---|----------------|--|
| 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, empresas públicas, sociedades de economia 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.

7.1 – DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULO DE CARGO/ PROVENTOS

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

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

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| 7.2.2 | <input type="checkbox"/> ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS | | |
| <input type="checkbox"/> PMSP X PMSP | <input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO | <input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL | <input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL | |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 7.2.3 | <input type="checkbox"/> ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS | | |
| <input type="checkbox"/> PMSP X PMSP | <input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO | <input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL | <input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL | |
| APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO | NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL |

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

ASSINATURA DO DECLARANTE

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, EM ATENDIMENTO AO INCISO V DO ARTIGO 11 DA LEI 8989/1979, COMBINADO COM O ARTIGO 2º DO DECRETO 16.174/1979, QUE:

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 16.174/1979, TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA REPRESENTAM A FIEL VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE SUA FALSIDADE OCASIONARÁ A NULIDADE DE MINHA NOMEAÇÃO E ATOS SUBSEQUENTES, BEM COMO QUALQUER INFORMAÇÃO QUE GERAR INTERPRETAÇÃO DÚBIA PODERÁ OCASIONAR ATRASO NO RECEBIMENTO DOS MEUS VENCIMENTOS, ATÉ SUA TOTAL REGULARIZAÇÃO.

SÃO PAULO, ____ DE _____ DE _____

ASSINATURA DO DECLARANTE

10- USO EXCLUSIVO DA URH/ SUGESP (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS: SIM NÃO EXPEDIENTE Nº _____ DATA DOC LICITUDE ___/___/20__

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE PROVENTOS: SIM NÃO EXPEDIENTE Nº _____ DATA DOC LICITUDE ___/___/20__

ESTA DISP FOI RECEBIDA E CONFERIDA POR:

CARIMBO E ASSINATURA



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

**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: | VÍNC: | FOTO |
|--|--------------|-------------|

INGRESSO SEM INTERRUPTÃO (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

EU, _____, RF _____,

DECLARO PARA FINS DE INGRESSO NO CARGO/ FUNÇÃO _____

() 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)

| | | | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------------|
| NOME | | | | | RF | |
| UTILIZAR NOME SOCIAL- Decreto nº 58.228/2018 () SIM () NÃO | | | NOME SOCIAL | | | |
| RG | REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE) | DATA DE EXPEDIÇÃO | ÓRGÃO EXPEDIDOR | CPF | | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL | | DATA DE EXPEDIÇÃO | | ÓRGÃO EXPEDIDOR | UF | |
| PIS/PASEP | ANO DO 1º EMPREGO | CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL? () SIM Nº: _____ () NÃO | | SÉRIE | UF | |
| CARTEIRA DE TRABALHO DIGITAL Nº _____ | | TITULO DE ELEITOR | | ZONA | SEÇÃO | |
| POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? () SIM () NÃO | | Nº | CATEGORIA | VALIDADE | UF | |
| DOCUMENTO MILITAR TIPO: _____ | | Nº | DATA DE EMISSÃO ____/____/____ | CATEGORIA | REGIÃO MILITAR | |
| DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ | SEXO () FEMININO () MASCULINO | CIDADE DE NASCIMENTO | ESTADO | NACIONALIDADE | ANO DE CHEGADA AO BRASIL | |
| NOME DO PAI | | | | | | |
| NOME DA MÃE | | | | | | |
| ESTADO CIVIL | | | NOME DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO (A) | | | |
| POSSUI FILHOS? () SIM 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 |

2- SITUAÇÃO ESCOLAR

| | ENSINO FUNDAMENTAL | | ENSINO MÉDIO | | SUPERIOR | | | | OUTROS |
|----------------------------------|--------------------|----------|--|--------------------|-----------|-----------|--|-----------|--------|
| | FUND. I | FUND. II | REGULAR | PROFISSIONALIZANTE | GRADUAÇÃO | PÓS GRAD. | MESTRADO | DOUTORADO | |
| COMPLETO | | | | | | | | | |
| INCOMPLETO | | | | | | | | | |
| PROFISSIONALIZANTE | | | | | | | ENTIDADE | | |
| TÍTULO SUPERIOR | | | | | | | ENTIDADE | | |
| DATA DA CONCLUSÃO ___/___/___ | | | DATA DE COLAÇÃO DE GRAU ___/___/___ | | | | | | |
| CONSELHO | | | | Nº DO REGISTRO | | | DATA DE EMISSÃO DO REGISTRO ___/___/___ | | |
| DIPLOMAS APRESENTADOS | | | | | | | | | |

3- DECLARAÇÃO NOS TERMOS DO DECRETO Nº 57.557/2016

COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE

() AMARELA () BRANCA () INDÍGENA () PARDA () PRETA

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 () MULTIPLA

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 () ADMITIDO () EFETIVO () CONTRATADO () COMISSÃO () CLT () | |
| DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO (SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, AUTARQUIA - OUTROS) | | TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO: () Regime Próprio de Previdência Social () Regime Geral de Previdência Social | |
| LICENÇA: () SIM () NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | FÉRIAS: () SIM () NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | |
| AFASTAMENTO: () SIM () NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | TIPO DE AFASTAMENTO: () COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS () SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS | |
| ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR () SIM () NÃO | | PROCESSO NÚMERO | |
| EXERCE CARGO EM COMISSÃO () SIM () NÃO | CARGO | PADRÃO/REFERÊNCIA | DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___ |

5.3 () FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA
() FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA

CATEGORIA FUNCIONAL
() ADMITIDO () EFETIVO () CONTRATADO () COMISSÃO () CLT () ELETIVO

EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO

NO CARGO/FUNÇÃO DE: DATA DE DESLIGAMENTO
___/___/___

MOTIVO DO DESLIGAMENTO
() A PEDIDO () POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO
() SEM JUSTA CAUSA () JUSTA CAUSA
() TÉRMINO CONTRATUAL () POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR () NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO
() OUTROS

SOU APOSENTADO
() SIM () NÃO EM ___/___/___ TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO
() Regime Próprio de Previdência Social () Regime Geral de Previdência Social

CARGO/FUNÇÃO

SOU PENSIONISTA
() SIM () NÃO Nº DO REGISTRO TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO
() Regime Próprio de Previdência Social () 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 Social | |
| 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 | | | |
| 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 | |
| PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ | | <input type="checkbox"/> SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS | |
| ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR | | PROCESSO NÚMERO | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | |

| | | | |
|--|---|----------------|---|
| 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"/> SEM JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OUTROS | | | |
| 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, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público;

PROVENTOS DE APOSENTADORIA

Também é lícita a acumulação de proventos de aposentadoria:

- IV. com cargo eletivo ou em comissão;
- V. com outra aposentadorias desde que ambas decorrentes de cargos acumuláveis;
- VI. 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.

7.1 – DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULO DE CARGO/ PROVENTOS

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

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

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| 7.2.2 | <input type="checkbox"/> ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS | | |
| <input type="checkbox"/> PMSP X PMSP | <input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO | <input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL | <input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL | |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 7.2.3 | <input type="checkbox"/> ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS | | |
| <input type="checkbox"/> PMSP X PMSP | <input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO | <input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL | <input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL |
| NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL | |
| APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO | NOME DA UNIDADE | CARGO/FUNÇÃO | CATEGORIA FUNCIONAL |

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

ASSINATURA DO DECLARANTE

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, EM ATENDIMENTO AO INCISO V DO ARTIGO 11 DA LEI 8989/1979, COMBINADO COM O ARTIGO 2º DO DECRETO 16.174/1979, QUE:

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 16.174/1979, TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA REPRESENTAM A FIEL VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE SUA FALSIDADE OCASIONARÁ A NULIDADE DE MINHA NOMEAÇÃO E ATOS SUBSEQUENTES, BEM COMO QUALQUER INFORMAÇÃO QUE GERAR INTERPRETAÇÃO DÚBIA PODERÁ OCASIONAR ATRASO NO RECEBIMENTO DOS MEUS VENCIMENTOS, ATÉ SUA TOTAL REGULARIZAÇÃO.

SÃO PAULO, ____ DE _____ DE _____

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



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

**CIDADE DE SÃO PAULO
COMUNICADO DE INÍCIO DE EXERCÍCIO
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____**

| | | | |
|---------------------|--|----------------|--|
| NOME: | | ÓRGÃO EMISSOR: | |
| NOME SOCIAL: | | VÍNCULO: | |
| NÚMERO DO RG: | | NOME DO CARGO | |
| REGISTRO: | | | |
| FUNÇÃO: | | | |
| SETOR: | | | |
| DATA DA PUBLICAÇÃO: | | | |

Anexar xerocópia do comprovante de abertura da conta ou do cartão do banco

| Banco do Brasil | Nº Banco | Agência | N.º da Conta | DV |
|-----------------|----------|---------|--------------|----|
| | | | | |

| Datas Básicas | Nomeação | Posse | Formalização de Contrato |
|---------------|----------|-------|--------------------------|
| | | | |

- () Concurso Público () Contratação () Reintegração
 () Reversão "Ex-Ofício" () Concurso - Acesso () em Comissão () _____

1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____ RF _____ vínculo _____
 Nome Social: _____
 Cargo/Função: _____ Ref/ Simb.: _____

2 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Prefixo

Secretaria/Subprefeitura: _____
 Subsecretaria: _____
 Departamento/Coordenadoria: _____
 Divisão/Supervisão: _____
 Seção: _____
 Estrutura Hierárquica: _____ Telefone: _____ Ramal: _____

3 – DATA DE INÍCIO DE EXERCÍCIO

_____/_____/_____

 Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

R.F. | | | | | | | | | | - | | | |

4 – AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO MUNICIPAL

() Requeiro a averbação do tempo em que exerci o (a) cargo/função : _____
 vínculo. Outrossim declaro que estou ciente que a averbação acima solicitada passará a ter caráter irreversível.

() Não requeiro a averbação do tempo.

São Paulo, ____/____/_____ _____

Assinatura do Servidor

Instruções às Unidades de Pessoal: PAGAMENTO: Este Formulário é absolutamente indispensável a Inclusão do servidor em FOLHA DE PAGAMENTO. O seu completo preenchimento e encaminhamento imediato à URH, diminuirá o tempo efetivo da realização do pagamento.



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

EXPEDIENTE DE ACÚMULO DE CARGOS/FUNÇÕES Nº _____

1) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (A)

NOME: _____

NOME SOCIAL: _____

RF: _____ VINC: _____ RG: _____ CPF: _____

Declaro, sob as penas da Lei, que acumulo ou acumularei somente dois cargos ou funções na Esfera Pública indicada abaixo bem como fico ciente que a acumulação não poderá exceder a carga horária de trabalho semanal de 70(setenta) horas semanais.

1º Vínculo – PMSP

2º Vínculo () PMSP () Estadual () Federal () Outros

Municípios

____/____/____

Assinatura do servidor

2) DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

Vínculo:
(PMSP)

Cargo/Função: _____

Unidade de Trabalho _____

() Efetivo () Admitido () Comissão () Contratado

2º Vínculo:

Cargo/Função: _____

Unidade de Trabalho _____

() Efetivo () Admitido () Comissão () Contratado () ACT () CLT

____/____/____

Assinatura do servidor

3)DESPACHO

O acúmulo de cargos/funções, conforme documentação apresentada é:

3.1-LÍCITO, por tratar-se de:

3.1.1 Dois cargos/funções de Professor C.F./1988 artigo 37, inciso XVI letra "a".

3.1.2 Um cargo de Professor e outro Técnico ou Científico C.F./1988 artigo 37, inciso XVI letra "b".

3.1.3 Dois cargos ou empregos privativos de Profissionais de Saúde, com profissões regulamentadas. C.F./1988 artigo 37, inciso XVI letra "c", c/c a E.C 34/2001.

3.1.4 Proventos C.F./1988 art. 37 § 10, incluído pela EC 20/1998.

3.2 – ILÍCITO, por:

3.2.1 Incompatibilidade de horários.

3.2.2 Não se enquadrar nas exceções previstas no artigo 37, inciso XVI da CF.

3.2.3 Se enquadrar no item II, artigo 9º do Decreto 14.739/77.

____/____/____

Carimbo e Assinatura do Resp. – URH/SUGESP

Carimbo e Assinatura Autoridade competente URH/SUGES

4) ILUCITUDE

4.1. Em razão da **ilicitude** do acúmulo pleiteado, o servidor identificado no item 1 um deste formulário, **OPTA** conforme exposto e documentação em anexo:

____/____/____

Assinatura do Servidor

Despacho:

I - À vista das informações trazidas no presente, fica descaracterizado o acúmulo notificado no inicial, a partir de ____/____/____

II - Publique-se, anote-se e archive-se.

PUBLICADO no DOC de: ____/____/____.

Carimbo e assinatura do responsável – URH/SUGESP

5) LEGISLAÇÃO

5.1 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL:

Artigo 37, inciso XVI – é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos exceto, quando houver compatibilidade de horários:

- a) a de 2 (dois) cargos de professor;
- b) a de 1 (um) cargo de professor com outro técnico ou científico
- c) a de 2 (dois) cargos privativos de profissionais de saúde com profissões regulamentadas

5.2 - Exercer, ainda que em disponibilidade, outro cargo ou função, salvo uma de magistério.

5.3 – **LEI Nº 16.122, de 15 de janeiro de 2015, artigo 32. (SMS)**

5.4 – **LEI Nº 14.660, de 25 de dezembro de 2007, artigo 19. (SME)**

5.5 – **DECRETO Nº 14.739, de 26 de outubro de 1977.**

Artigo 9º - Ao DRH caberá verificar a compatibilidade dos cargos ou funções, tendo em conta os casos permitidos nos artigos 1º e 2º, e também observar o seguinte:

I - Havendo compatibilidade dar-se-á posse, fixando-se o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação dos atestados que declaram os cargos ou funções exercidos (nome do órgão nome e natureza do cargo ou função) e os horários de trabalho, discriminando o início e o término dos períodos.

II - No caso de inobservância do prazo fixado no item I, a acumulação será julgada ilícita, ficando o servidor obrigado a optar por um dos cargos ou funções.

5.6 - ACUMULAÇÃO:

- O acúmulo de cargos abrange as Esferas:

- Municipal
- Estadual
- Federal
- Autárquica
- Fundações
- Empresa Mista
- Outros Entes

5.7 - DECRETO Nº 41.282 de 24 de outubro de 2001:

Delega competência as Secretarias Municipais para decidirem sobre as questões relativas acúmulo de cargos.



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

ATESTADO DE HORÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade de trabalho: _____ EH: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____

Nome Social: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Registro Funcional: _____ VINC: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO CARGO / FUNÇÃO

Cargo / Função: _____

Categoria Funcional: () Efetivo () Admitido () Comissão () Contratado () CLT () ACT

4. HORÁRIO DE TRABALHO

SEGUNDA-FEIRA: das: _____ às _____ horas TERÇA FEIRA: das: _____ às _____ horas

QUARTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas QUINTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas

SEXTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas SÁBADO: das: _____ às _____ horas

DOMINGO: das: _____ às _____ horas

5. DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações que compõem o presente representam a fiel verdade.
(Preencher mesmo que o servidor tenha trabalhado apenas um dia)

1- É Pontual () SIM () NÃO

É Decorrente do Acúmulo () SIM () NÃO

2- Tem faltas habituais () SIM () NÃO

É Decorrente do Acúmulo () SIM () NÃO

Estou ciente de que na hipótese do servidor se revelar inassíduo ou impontual, deverei comunicar mediante memorando a Unidade de Recursos Humanos, nos termos do Comunicado Nº 11/DOM de 22.09.87 e Decreto 41.282 art. 1º inciso II.

OBS. Adicionais _____

_____/_____/_____

Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

6. NO CASO DE COMPLEMENTO DE CARGA HORÁRIA – SÓ PARA DOCENTES

Unidade de trabalho: _____ CE: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Categoria Funcional: () Efetivo () Admitido () Comissão () Contratado () CLT () ACT

Horário de trabalho:

SEGUNDA-FEIRA: das: _____ às _____ horas TERÇA FEIRA: das: _____ às _____ horas

QUARTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas QUINTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas

SEXTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas SÁBADO: das: _____ às _____ horas

DOMINGO: das: _____ às _____ horas

_____/_____/_____

Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

7. INSTRUÇÕES

7.1 – PRAZO

O servidor tem prazo de 15 (quinze) dias corridos, para apresentar este formulário devidamente preenchido.

A não observância, implicará na suspensão do pagamento nos termos do Decreto 14.739/77

7.2 – PREENCHIMENTO:

Sem rasuras e uso de corretivos.

Quando tratar-se de Professor, mencionar a(s) matéria(s) lecionada(s).

No caso de Médicos da PMSP, obedecer ao regime de 20 horas semanais previsto na Lei nº 16.122/2015

No campo 5 deverá constar a assinatura do Chefe Imediato

Em nenhuma hipótese este documento poderá ser recebido assinado por ordem (p/)

Este formulário é válido para todos os cargos e funções.



CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

Pedido de Prorrogação Nº _____ / _____

() para **POSSE**, nos termos do parágrafo 1º, do artigo 23 da Lei nº 8.989/79, com nova redação dada pela Lei nº 13.686/2003.

() para **INÍCIO DE EXERCÍCIO**, nos termos do parágrafo 1º, do artigo 44 da Lei nº 8.989/79, com nova redação dada pela Lei 13.686/2003.

1. IDENTIFICAÇÃO DO NOMEADO

Nome: _____

Nome Social: _____

R.G.: _____ Órgão Expedidor: _____ R.F.: _____ VINC. _____

Cargo: _____ Secretaria/ Sub Prefeitura: _____

Data de Nomeação: ____/____/____ Classificação: _____ Data da Posse: ____/____/____

Lotação: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

2. MOTIVO:

RECEBI O PROTOCOLO:

DATA ____/____/____

Assinatura do Nomeado

3. INFORMAÇÕES DO SETOR POSSE:

Visto e conferido.
Para despacho.

DATA ____/____/____.

Carimbo e Assinatura do Responsável

4. DESPACHO DA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS

() Pelo deferimento

() Pelo indeferimento

DATA ____/____/____

Carimbo e Assinatura do responsável – URH/SUGESP/DRE

PUBLICADO – DOC ____/____/____



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE_____

DECLARAÇÃO

Eu,
registro funcional nº....., portador da Cédula de Identidade
R.G. nº..... e inscrito no CPF /MF sob o
nº....., venho requerer a inclusão e uso do meu
nome social
(indicação do nome social) nos termos dos artigos 3º e 4º do Decreto nº
58.228 de 16 de maio de 2018.

São Paulo, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE



CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA _____/DRE_____

SUBPREFEITURA _____

Título de Reintegração N° /20__

PROCESSO N°

*(inserir os dados do responsável pelo despacho de reintegração) Exemplo: A Diretora do Departamento de Recursos Humanos, da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da **Secretaria Municipal de Gestão**, usando de suas atribuições legais, e em cumprimento definitivo da obrigação de fazer, decorrente da decisão proferida nos autos da ação ordinária n° x, perante a xª Vara da Fazenda Pública, tendo em vista o disposto nos artigos 10 (inciso V), 27, 28, 30 e 44 da Lei n° 8.989 de 29 de outubro de 1979,*

EXPED E

*O presente **Título de Reintegração**, em nome de XXXXXX, R.F. XXXXXXXX, para exercer o cargo de XXXXXXXXXXXXXXXX., ref. XXXXXX, constante na **Lei n° (do quadro ao qual pertence o cargo).***

São Paulo, de 20__

Carimbo e Assinatura do Responsável-URH/SUGESP/DRE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

**Anexo Único da Resolução COMAP nº 01 de 2023, com fundamento na
Lei 17.910/2023.**

DECLARAÇÃO- LEI MARIA DA PENHA

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) SERVIDOR (A), EMPREGADO (A) OU INDICADO (A)

NOME: _____ RF/RG: _____
NOME SOCIAL: _____
CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO: _____
SECRETARIA/SUBPREFEITURA: _____

2. DECLARAÇÃO:

DECLARO ter conhecimento do teor da Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023, que veda a nomeação de pessoa condenada, por sentença criminal com trânsito em julgado, fundamentada na Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para exercer cargo ou emprego público no Município de São Paulo, no âmbito da Administração Direta e Indireta, e que:

() **não incorro** na vedação prevista na Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023.

() **incorro** na vedação prevista na Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023.

() **tenho dúvidas** se incorro ou não na vedação prevista na Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023, por essa razão, apresento os documentos, certidões e informações complementares que entendo necessários à verificação da vedação.

DECLARO, ainda, sob as penas da lei, em especial aquelas previstas na Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, e no artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

_____, _____ de _____, de _____.

Assinatura do interessado/servidor RG/RF

TERMO DE CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS ENTREGUES PARA A FORMALIZAÇÃO DE INGRESSO EFETIVO- NOMEAÇÃO POR CONCURSO PÚBLICO

Este Termo se destina a conferência final dos documentos apresentados pelo (a) nomeado (a) no momento da posse. Após preenchimento deverá ser anexado no prontuário.

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ RF/RG: _____

NOME SOCIAL: _____

CARGO/FUNÇÃO/ EMPREGO _____

SECRETARIA/SUBPREFEITURA: _____

() COM VÍNCULO ANTERIOR

() SEM VÍNCULO ANTERIOR

1- Documentos Pessoais:

| |
|--|
| Cédula de Identidade - RG ou Carteira de Identidade Nacional - CIN |
| Carta de Igualdade de Direitos (se nacionalidade portuguesa) |
| Registro Nacional de Estrangeiro - RNE ou Carteira de Registro Nacional Migratório - CRNM |
| Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas - CPF |
| Comprovante de PIS/PASEP (se já inscrito) |
| Título de Eleitor, comprovante de votação ou quitação eleitoral se for o 1º vínculo |
| Certificado de Reservista ou Certificado de Alistamento Militar constando Dispensa (para candidatos com idade inferior a 46 anos, do sexo masculino) |
| Declaração de inclusão e uso do nome Social nos termos dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 58.228/18. |
| Duas fotos 3x4 |

2- Documentos de Posse

| |
|---|
| DISP – Declaração para Ingresso no Serviço Público- todos os campos estão preenchidos, assinados pelo ingressante e pelo Agente formalizador da posse; |
| DISP-AF – Declaração de Alteração da Situação Funcional- todos os campos estão preenchidos, assinados pelo ingressante e pelo Agente formalizador da posse; |
| Termo de Posse - todos os campos estão preenchidos assinados pelo ingressante e pelo responsável pela URH); |
| Comunicado de Início de Exercício - todos os campos estão preenchidos, assinados e carimbado pela Chefia Imediata; |
| Título de Nomeação |
| Comprovante de Conta Bancária |
| Comprovante de Imunização contra COVID 19 nos termos do Decreto 60.442/21 |
| A Escolaridade exigida de acordo com o cargo e Edital regulamentador do concurso. |
| Comprovante de endereço residencial em nome do nomeado, no Município de São Paulo ou na Grande São Paulo. |
| Solicitação de autorização para residir fora do Município de São Paulo, nos termos do Decreto Municipal nº 16.644/1980. |
| O ingressante é ex- servidor de Outros órgãos Públicos e consta o documento que comprova o motivo da demissão, dispensa ou exoneração para verificação de eventuais impedimentos do exercício de cargo público. |

| | |
|--|--|
| | Declaração nos termos do parágrafo 1º, 2º e 3º, inciso I do artigo 3º do Decreto Municipal 53.177/2012. |
| | Expediente de Acúmulo de Cargos (quando for o caso) |
| | Atestado de Horário (quando for o caso) |
| | Declaração Lei Maria da Penha nos termos da Lei Municipal nº 17.910/2023, combinado com a Resolução nº 01/23 – COMAP, de 13/02/2023. |
| | Foi conferido no SISPATRI que o ingressante prestou a Declaração de Bens e Valores nos termos do Decreto Municipal nº 58.776/2019, combinado com o Decreto Municipal nº 59.432/2020. |
| | Atestado de Antecedentes Criminais (quando for o caso) |
| | Certidões do Tribunal de Justiça (quando for o caso) |
| | Formulário de Prorrogação de prazo para posse/Início de Exercício (quando for o caso) |
| | O ingresso foi submetido à avaliação Jurídica e consta conclusão para a formalização do ingresso (quando for o caso) |
| | Os documentos entregues em xerocópias estão com o “visto confere” do Agente Formalizador da posse. |

**Formulário preenchido pelo responsável
da formalização do ingresso:**

São Paulo, ____ de _____ de _____

Carimbo e Assinatura do responsável – URH/SUGESP/DRE