

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) INDICADO (A):

NOME: _____	RF: _____
NOME SOCIAL: _____	
CARGO/ FUNÇÃO/ EMPREGO _____	
DATA DA NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO/CONTRATAÇÃO: __/__/____	
RF/RG: _____	E-MAIL _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

SECRETARIA /PREFEITURA REGIONAL/ AUTARQUIA/ FUNDAÇÃO /EMPRESA OU SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA: _____	
UNIDADE: _____	CE: _____
E-MAIL: _____	TEL: _____

3. DECLARAÇÃO:

É cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau de ocupante(s) de cargo(s) em comissão, função (ões) de confiança ou função (ões) gratificada(s) no âmbito da administração direta e indireta **OU** da autoridade nomeante – o prefeito, o dirigente da autarquia, fundação, empresa pública e sociedade de economia mista – ou de autoridade a quem esta competência para nomeação tenha sido delegada?

() NÃO () SIM

4. IDENTIFICAÇÃO DOS VÍNCULOS:

Em caso afirmativo, relacionar a seguir o(s) ocupante(s) de cargo(s) ou emprego(s) em comissão, função (ões) de confiança ou função(ões) gratificada(s) com os quais tenha algum vínculo:

NOME _____

Denominação do cargo/função(*) _____

Órgão/entidade onde trabalha(**) _____

Data da nomeação/designação _____

Vínculo com a administração pública(***) _____

Vínculo familiar(****) _____

NOME _____

Denominação do cargo/função(*) _____

Órgão/entidade onde trabalha(**) _____

Data da nomeação/designação _____

Vínculo com a administração pública(***) _____

Vínculo familiar(****) _____

(*) Denominação do cargo ou emprego em comissão, função de confiança ou função gratificada.

(**) Órgão /entidade onde trabalha: indicar secretaria/ subprefeitura/ órgão auxiliar da administração direta do Município de São Paulo, autarquia, fundação, empresa pública, sociedade de economia mista da administração indireta do Município de São Paulo.

(***) Vínculo com a administração pública

1. Ocupante de cargo /função/ emprego, sem vínculo efetivo com o serviço público.
2. Servidor efetivo, admitido ou empregado público contratado em caráter efetivo (CLT), da administração direta e indireta do Município de São Paulo.
3. Servidor ou empregado público federal, estadual e de outros municípios.

(****) Vínculo familiar: aqueles discriminados no anexo II do Decreto nº 50.898/2009

5. DECLARAÇÃO:

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do interessado/servidor/ RF:

OBSERVAÇÕES:

- Preenchimento obrigatório no caso de nomeação ou designação para cargo ou emprego em comissão, função de confiança ou função gratificada (Art. 1º).
- Preenchimento obrigatório apenas na hipótese afirmativa, para quem já ocupa cargo ou emprego em comissão na data da edição do Decreto (Art. 2º).

CÔNJUGE E COMPANHEIRO (A)

CÔNJUGE	COMPANHEIRO (A)
Pessoa legalmente casada	Pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com servidor (a), como dispõe o § 3º do art. 226 da Constituição Federal

Tabela “B”**PARENTES EM LINHA RETA**

GRAU	CONSANGUINIDADE ASCENDENTE	CONSANGUINIDADE DESCENDENTE	AFINIDADE (VÍNCULOS ATUAIS)
1º	Pai/mãe	Filho/filha	Sogro/sogra Madrasta/padrasto Enteado/enteada
2º	Avó/avô	Neto/neta	Genro/nora
3º	Bisavô/bisavó	Bisneto/bisneta	Avôs/ avós do cônjuge ou companheiro

Tabela “B”**PARENTES EM LINHA COLATERAL**

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	---	---
2º	Irmão/irmã e seus cônjuges	Cunhado/cunhada
3º	Tio/tia, sobrinho/sobrinha.	Tio/tia, sobrinho/sobrinha do cônjuge ou companheiro do agente público.



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:	ÓRG. EMISSOR:
Nº RG:	NÚMERO DA VAGA:
REGISTRO:	
CARGO:	
NOME CARGO:	
SETOR:	
DATA PUBLICAÇÃO:	

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 Decretos nº do inc. 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

1. SERVIDOR NÃO VINCULADO AO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL - IPREM

Estou isento da prestação da Declaração de Família nos termos do Decreto nº 57.894/2017 em razão de não ser vinculado ao Regime Próprio de Previdência Municipal – IPREM

2. SERVIDOR VINCULADO AO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL -IPREM

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

() SERVIDOR EM EXERCÍCIO SEM INTERRUÇÃO DE VÍNCULO.

() APRESENTOU ATESTADO MÉDICO DE CAPACIDADE LABORATIVA (§1º DO ARTIGO 97)

() SERVIDOR CEDIDO POR OUTRO ÓRGÃO (**INCISO II DO ARTIGO102**)

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



**CIDADE DE
SÃO PAULO**

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

NOME: NOME SOCIAL: Nº DO RG: REGISTRO: NÚMERO DO CARGO: CARGO: SETOR: DATA DA PUBLICAÇÃO:	EMISSOR: VINC:	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 <ul style="list-style-type: none">• 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 () ELETIVO		
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 ADMINISTRAÇÃO () 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"/> SEM JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <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: <p>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:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ATENÇÃO: O Acumulo será considerado lícito havendo compatibilidade de cargos, horários e jornada quando se tratar de cargo, função e emprego público.</p>

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

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	() PMSP X ESTADUAL	() PMSP X FEDERAL
NOME DA UNIDADE		CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
NOME DA UNIDADE		CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL

7.2.3 () ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS			
() PMSP X PMSP	() PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	() PMSP X ESTADUAL	() 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**

**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: Nº DO RG: REGISTRO: NUMERO DO CARGO: SETOR: DATA DA PUBLICAÇÃO:	ÓRG. EMISSOR: VINC: CARGO:	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 _____	TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO		
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? () SIM () NÃO	Nº	CATEGORIA	VALIDADE	UF	
DOCUMENTO MILITAR TIPO:	Nº	DATA DE EMISSÃO ____/____/____	CATEGORIA	REGIAO 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 () ELETIVO	
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 ADMINSTRITAÇÃO () NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO () SEM JUSTA CAUSA () JUSTA CAUSA () OUTROS () TÉRMINO CONTRATUAL () POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR	
SOU APOSENTADO () SIM () NÃO	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO () Regime Próprio de Previdência Social () Regime Geral de Previdência Social
EM __/__/__	
CARGO/ FUNÇÃO	
SOU PENSIONISTA () SIM () NÃO	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO () Regime Próprio de Previdência Social () Regime Geral de Previdência Social
Nº DO REGISTRO	

**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"/> SEM JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <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

<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

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	() PMSP X ESTADUAL	() PMSP X FEDERAL
NOME DA UNIDADE		CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
NOME DA UNIDADE		CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL

7.2.3 () ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS			
() PMSP X PMSP	() PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	() PMSP X ESTADUAL	() 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**

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 PMSF, 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 N° _____ / _____

() 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: _____ N° _____

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 ____/____/____

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

EXPEDIENTE DE DESIGNAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE						
SECRET/SUBPREF						
DEPARTAMENTO:						
DIVISÃO:						
SEÇÃO:						
2 – IDENTIFICAÇÃO DO CARGO PARA O QUAL SE DESIGNA						
CARGO:				E.H.:		
REF. DO CARGO:		CARGO			PROV.:	
FORMA DE PROVIMENTO:						
EXIGÊNCIA DO CARGO:						
3- IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR						
NOME						
NOME SOCIAL						
R.F./VÍNC.		REF		E.H.		
CARGO/FUNÇÃO:						
CAT.FUNCIONAL	() EFETIVO () ADMITIDO () COMISSÃO					
4 – MOTIVO DO AFASTAMENTO DO TITULAR:						
5 – IDENTIFICAÇÃO DO INDICADO						
NOME:						
NOME SOCIAL						
R.F./VÍNC.		REF.		E.H.		
CARGO/FUNÇÃO:						
CAT.FUNCIONAL:	() EFETIVO () ADMITIDO () COMISSÃO					
ESCOLARIDADE:			NOME DO CURSO:			
HABILITAÇÃO:						
6 – PERÍODO DE DESIGNAÇÃO:						
7- INFORMAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO DE BENS NOS TERMOS DO ART. 13 DA LEI FEDERAL Nº 8.429/1992 c/c os DECRETOS MUNICIPAIS Nºs 58.776/2019 e 58.432/2020						
PRESTOU DECLARAÇÃO DE BENS NOS TERMOS DOS DECRETOS MUNICIPAIS Nº s e 58.776/2019 e 58.432/2020						
() SIM () NÃO						

8 – ENCAMINHAMENTO

À DIRETORIA

____/____/____

Carimbo e Assinatura do (a) Chefe Imediato (a)

9 – ENCAMINHAMENTO

AO DRH/CAF

VISTO DE ACORDO

____/____/____

Carimbo e Assinatura do (a) Diretor (a)

10 – ENCAMINHAMENTO

AO DGP/URH/SUGESP

VISTO DE ACORDO

____/____/____

Carimbo e Assinatura do (a) Diretor (a) Departamento Técnico

11 – ENCAMINHAMENTO

A COGEP/CAF

A presente proposta está em condições de ser formalizada.

____/____/____

Carimbo e Assinatura do Sr. (a). Responsável pela DGP/URH/SUGESP

12 – ENCAMINHAMENTO

SECRETARIA

SENHOR(A) SECRETÁRIO(A)

PROPONHO A AUTORIZAÇÃO DO ATO.

____/____/____

Carimbo e Assinatura do(a) Coordenador(a)

13 – AUTORIZAÇÃO

AUTORIZO

EXPEÇA-SE A PORTARIA

____/____/____

Secretário (a) Municipal



REQUERIMENTO PARA EXONERAÇÃO A PEDIDO DE CARGO EM COMISSÃO

DIRIGIDO A

SUBPREFEITURA DA _____

SECRETARIA _____

DRE _____

Eu,.....

(nome civil ou social completo do(a) servidor(a), registro funcional

nº....., portador(a) da Cédula de Identidade R.G.

nº..... e inscrito(a) no CPF sob o nº.....,

venho requerer minha exoneração do cargo em comissão de

..... referência/ Simb, a **partir de**

...../...../.....

São Paulo, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE



CIDADE DE
SÃO PAULO

TERMO DE CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS ENTREGUES PARA A FORMALIZAÇÃO DE INGRESSO CARGO EM COMISSÃO

Termo para conferência e seleção dos documentos de posse apresentados pelo servidor ingressante antes da anexação 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;
Publicação nomeação
Comprovante de Conta Bancária
Comprovante de Imunização contra COVID 19 nos termos do Decreto 60.442/21
Atestado Médico de Capacidade Laborativa devida assinado
A Escolaridade exigida de acordo com o provimento do cargo em comissão
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.
Formulário de Informação de Vínculos de Familiares nos termos do Anexo I do Decreto 50.898/2009.

	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.
	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
	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