

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES

ANEXO I do Decreto nº 50.898, de 2 de outubro de 2009

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) INDICADO (A):

NOME: _____ RG/CIN/RNE/RF: _____

NOME SOCIAL: _____

CARGO/ FUNÇÃO/ EMPREGO _____

DATA DA NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO/CONTRATAÇÃO: ____/____/____

RG/CIN/RNE/RF: _____ E-MAIL _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

SECRETARIA /PREFEITURA REGIONAL/ AUTARQUIA/ FUNDAÇÃO /EMPRESA OU SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA: _____

UNIDADE: _____ EH: _____

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/RG/CIN/RNE/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: _____ RG/CIN/RNE/RF: _____

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/CIN/RNE/RF: _____

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

NOME:	
NOME SOCIAL:	
Nº DO RG:	
Nº DO CIN:	ÓRG. EMISSOR:
REGISTRO:	VINC:
NUMERO DO CARGO:	
CARGO:	
SETOR:	
DATA DA 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 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 01/2024

☐ 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 64.014/2025 – EXAME MÉDICO PRÉ ADMISSIONAL

() SERVIDOR EM EXERCÍCIO SEM INTERRUÇÃO DE VÍNCULO.

() APRESENTOU ATESTADO MÉDICO DE CAPACIDADE LABORATIVA (§1º DO ARTIGO 103)

() SERVIDOR CEDIDO POR OUTRO ÓRGÃO (**INCISO II DO ARTIGO 116**)

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

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

NOME: NOME SOCIAL: Nº DO RG: Nº DO CIN: REGISTRO: NÚMERO DO CARGO: CARGO: SETOR: DATA DA PUBLICAÇÃO:	ÓRG. EMISSOR: VINC:	FOTO
--	------------------------	------

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

NOME				RF	
SEUS DADOS PESSOAIS ESTÃO DE ACORDO COM O CADASTRADO NA RECEITA FEDERAL () SIM () NÃO					
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 SITUAÇÃO
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 () NÃO		QUANTOS? _____	SÃO SEUS DEPENDENTES? () SIM () NÃO		
			QUANTOS? _____		
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
BAIRRO			CIDADE		
ESTADO			CEP		
CONTATO <ul style="list-style-type: none">FONE RESIDENCIAL: () _____ TEL CELULAR: () _____CONTATO DE EMERGÊNCIA: () _____ NOME DO CONTATO _____					
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 § 3º, ARTIGO 8, DO DECRETO Nº 62.219/2023.

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 MUNICIPAL SOBRE ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CARGOS PÚBLICOS: () SIM () NÃO

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

() FÍSICA- QUAL: _____

() SENSORIAL- QUAL: _____

() MENTAL- QUAL: _____

() OUTROS- QUAL: _____

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 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

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO

EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO

DATA DE DESLIGAMENTO

NO CARGO/ FUNÇÃO DE:

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
(OBRIGATÓRIO 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 PERÍODO DE: ____/____/____ A ____/____/____		FÉRIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE: ____/____/____ A ____/____/____	
AFASTAMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____		TIPO DE AFASTAMENTO: <input type="checkbox"/> COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS <input type="checkbox"/> SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS	
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			DATA DE DESLIGAMENTO ____/____/____
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 de qualquer natureza;
- 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 aposentadoria 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	() 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

ESTOU CIENTE E DECLARO QUE, EM CONFORMIDADE COM O ARTIGO 4º DO DECRETO Nº 16.174/1979, CITADO ABAIXO QUE 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

Art. 4º: Verificada, a qualquer tempo, a ocorrência de fraude ou falsidade em prova documental ou declaração do interessado, a exigência será considerada como não satisfeita e sem efeito o ato praticado em consequência de sua apresentação ou juntada, devendo o órgão ou entidade dar conhecimento do fato à autoridade, dentro de 5 (cinco) dias para instauração do processo criminal.

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

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

NOME:
NOME SOCIAL:
Nº DO RG:
Nº DO CIN:
REGISTRO:
NUMERO DO CARGO:
CARGO:
SETOR:
DATA DA PUBLICAÇÃO:

ÓRG. EMISSOR:
VINC:

FOTO

INGRESSO SEM INTERRUPÇÃO (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

EU, _____,

RF _____, DECLARO PARA FINS DE INGRESSO NO CARGO/ FUNÇÃO _____

() NÃO HOUVE ALTERAÇÃO EM MEUS DADOS PESSOAIS.

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

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

NOME				RF	
SEUS DADOS PESSOAIS ESTÃO DE ACORDO COM O CADASTRADO NA RECEITA FEDERAL () SIM () NÃO					
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	SITUAÇÃO
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 () NÃO		QUANTOS? _____	SÃO SEUS DEPENDENTES? () SIM () NÃO		
			QUANTOS? _____		
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
BAIRRO			CIDADE		
ESTADO			CEP		
CONTATO					
• FONE RESIDENCIAL: () _____ TEL CELULAR: () _____					
• CONTATO DE EMERGÊNCIA: () _____ NOME DO CONTATO _____					
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 § 3º, ARTIGO 8, DO DECRETO Nº 62.219/2023.

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 MUNICIPAL SOBRE ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CARGOS PÚBLICOS: () SIM () NÃO

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

() FÍSICA- QUAL: _____

() SENSORIAL- QUAL: _____

() MENTAL- QUAL: _____

() OUTROS- QUAL: _____

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	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	
DENOMINAÇÃO DO ORGÃO	
EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO	DATA DE DESLIGAMENTO ____/____/____
NO CARGO/ FUNÇÃO DE: MOTIVO DO DESLIGAMENTO () A PEDIDO () POR CONVENIÊNCIA DA ADMINSTRAÇÃO () SEM JUSTA CAUSA () JUSTA CAUSA () TÉRMINO CONTRATUAL () POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR () NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO () OUTROS	
SOU APOSENTADO () SIM () NÃO	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO () Regime Próprio de Previdência Social () Regime Geral de Previdência Social
CARGO/ FUNÇÃO	
SOU PENSIONISTA () SIM () NÃO	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			DATA DE DESLIGAMENTO ____/____/____
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 de qualquer natureza;
- 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	() 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

ESTOU CIENTE E DECLARO QUE, EM CONFORMIDADE COM O ARTIGO 4º DO DECRETO Nº 16.174/1979, CITADO ABAIXO QUE 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

Art. 4º: Verificada, a qualquer tempo, a ocorrência de fraude ou falsidade em prova documental ou declaração do interessado, a exigência será considerada como não satisfeita e sem efeito o ato praticado em consequência de sua apresentação ou juntada, devendo o órgão ou entidade dar conhecimento do fato à autoridade, dentro de 5 (cinco) dias para instauração do processo criminal.

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/AF FOI RECEBIDA E CONFERIDA

POR:

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA DE SÃO PAULO
COMUNICADO DE INÍCIO DE EXERCÍCIO
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE

NOME:
NOME SOCIAL:
Nº DO RG:
Nº DO CIN:
REGISTRO:
NÚMERO DO CARGO:
CARGO:
SETOR:
DATA DA PUBLICAÇÃO:

ÓRG. EMISSOR:
VINC:

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-Officio" () 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.

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 A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA É:

3.1-LÍCITO, por tratar-se de:

3.1.1 02 (dois) cargos de professor, conforme o Art. 37, inciso XVI letra “a” da Constituição Federal CF/1988;

3.1.2 01 (um) cargo de professor com outro de qualquer natureza, conforme o Art. 37, inciso XVI letra “b” da Constituição Federal CF/1988 e Emenda Constitucional nº 138, de 2025.

3.1.3 02 (dois) cargos privativos de profissionais de saúde com profissões regulamentadas, conforme o Art. 37, inciso XVI letra “c” da Constituição Federal CF/1988 e a Emenda Constitucional 34/2001;

3.1.4 Proventos, conforme o § 10 da Constituição Federal CF/1988 e a Emenda Constitucional 20/1998.

3.2 – ILÍCITO, por tratar-se de:

3.2.1 Incompatibilidade de horários;

3.2.2 Não se enquadrar nas exceções previstas no artigo 37, inciso XVI da Constituição Federal CF/1988;

3.2.3 Enquadrar-se 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 arquite-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:

02 (dois) cargos de professor;

01 (um) cargo de professor com outro de qualquer natureza;

02 (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 abrange empregos e funções públicas nas autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público.

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

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

5.8 – DECLARAÇÃO ANUAL DE ACÚMULO DE CARGOS

Anualmente todos os servidores municipais no exercício de mandatos, cargos, funções ou empregos em órgãos da administração direta e indireta, desde que acumulem vínculos, devem efetuar a Declaração Anual de Acúmulo de Cargos.

5.9 – DESLOCAMENTO ENTRE VÍNCULOS ACUMULÁVEIS

Considerando a compatibilidade de horários, ainda que permitido o acúmulo de cargo, deve-se analisar o tempo de deslocamento entre os vínculos, respeitando um intervalo mínimo e viável para que não haja prejuízo na execução de nenhuma jornada de trabalho.

5.10 – DESCANSO ENTRE JORNADAS DE TRABALHO ACUMULÁVEIS

Considerando o descanso viável e necessário entre as jornadas, ainda que permitido o acúmulo de cargo, deve-se analisar o tempo do descanso entre os vínculos acumuláveis.

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 |
| 2- É Decorrente do Acúmulo | () SIM | () NÃO |
| 3- Tem faltas habituais | () SIM | () NÃO |
| 4- 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: _____ EH: _____

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.

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 _____

Protocolo Nº _____/_____

Prorrogação de prazo para: () POSSE () INÍCIO DE EXERCÍCIO

Contato com: _____ Telefone: _____ Ramal: _____

Nome do Interessado: _____ R.G.: _____

Nome Social: _____

R.F.: _____ Cargo: _____

Protocolado em : ____/____/____

Nota: na hipótese de indeferimento o prazo para providências de Posse ou Início de Exercício é de 48 (quarenta e oito) horas a partir da publicação no DOC.

VIA DO CANDIDATO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE_____

D E C L A R A Ç Ã O

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./SÍMB. DO CARGO:				CARGO:				PROV.:			
FORMA DE PROVIMENTO:											
EXIGÊNCIA DO CARGO:											
3 - IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR:											
NOME:											
NOME SOCIAL:											
R.F.:				VÍNC.:				REF./SÍMB.:			
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./SÍMB.:			
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/Símbolo, a **partir de**

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

São Paulo, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE



Anexo Único da Resolução COMAP nº 01 de 2024, com fundamento na Lei nº 17.910/2023.

DECLARAÇÃO

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

NOME: _____

NOME SOCIAL: _____

RG/CIN/RNE/RF: _____ CPF: _____

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 previstas na Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023.

() **incorro** na vedação previstas 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.

3. AUTORIZAÇÃO

DECLARO ter conhecimento e autorizo a realização de consultas de natureza judiciais, extrajudiciais e demais certidões pessoais, ressalvado o disposto do Decreto Municipal nº 59.767, de 15 de setembro de 2020, que regulamenta, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, no âmbito da Administração Pública Municipal.

Assinatura do interessado/servidor

RG/CIN/RNE/RF: _____

____/____/____

**Anexo Único da Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020-
Declaração Pública de Bens
(Art. 1º, incisos I e II, da Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020)**

1.

NOME: _____

NOME SOCIAL: _____

RG/CIN/RNE/RF: _____ **CPF:** _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

ÓRGÃO/ENTE: _____

☐ **DIRIGENTE**

Venho, em cumprimento ao disposto no artigo 83, inciso V, da Lei Orgânica do Município de São Paulo, artigos 8º e 9º do Decreto nº 59.432, de 13 de maio de 2020, apresentar declaração pública de bens, na forma preconizada na Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020 e normas complementares, em razão do:

☐ início de mandato/exercício acima mencionado

☐ término do mandato/exercício ou função acima mencionado

☐ **OCUPANTE DE CARGO EM COMISSÃO QUE CHEFIA
DEPARTAMENTO DE COMPRAS**

Venho, em cumprimento ao disposto no artigo 1º da Lei nº 13.138, de 12 de junho de 2001 e artigo 13 do Decreto nº 59.432, de 13 de maio de 2020, apresentar declaração pública de bens, na forma preconizada na Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020 e normas complementares, em razão do:

☐ início de mandato/exercício ou função acima mencionado

☐ término do mandato/exercício ou função acima mencionado

BENS	VALOR EM REAL *
Imóveis	
Móveis e Semoventes	
Dinheiro, Títulos, Ações e Aplicações financeiras	
Outros bens	
Bens e valores do cônjuge ou companheiro (a), filhos e demais dependentes econômicos	
* Não havendo valores a declarar, deverá constar a expressão "Nada a declarar" no campo "Valor em real".	

2.

Declaro estar ciente das regras para preenchimento deste formulário e ter conhecimento das formas de esclarecer minhas dúvidas, para que não sejam enviadas informações imprecisas, incorretas ou incoerentes.

Declaro, sob as penas da lei, em especial as previstas na Lei Federal nº 8.429, de 02 junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Agente Público: _____

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:
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
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)
	Anexo Único da Resolução COMAP nº 01 de 2024, com fundamento na Lei nº 17.910/2023.
	Anexo Único da Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020- Declaração Pública de Bens
	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