PREFEITURA DE SÃO PAULO

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:** **ÓRG. EMISSOR:** **REGISTRO:** **VINC:** **NUMERO DO CARGO:** **CARGO:** **SETOR**: **DATA DA PUBLICAÇÃO**:	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				
IDENTIDADE DE GENÊRO (COM QUAL GÊNERO VOCÊ SE RECONHECE?) ( ) MULHER CISGÊNERO ( ) MULHER TRANSGÊNERO ( ) TRAVESTI ( ) AGÊNERO ( ) HOMEM CISGÊNERO ( ) HOMEM TRANSGÊNERO ( ) NÃO-BINÁRIO ( ) DESEJO NÃO INFORMAR ( ) OUTRO					
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	N°	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 COLAÇAÕ 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 N° 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 **NO CARGO/ FUNÇÃO DE:**	DATA DE DESLIGAMENTO ___ / ___ / _____

MOTIVO DO DESLIGAMENTO

( ) A PEDIDO
( ) SEM JUSTA CAUSA
( ) TÉRMINO CONTRATUAL
( ) POR CONVENIÊNCIA DA ADMINSITRAÇÃO
( ) JUSTA CAUSA
( ) 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	N° 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	( ) **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**	( ) DE OUTRO MUNICÍPIO	( ) ESTADUAL ( ) FEDERAL
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO		TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO ( )Regime Próprio de Previdência Social ( ) Regime Geral de Previdência Social	
CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO			
CATEGORIA FUNCIONAL ( ) ADMITIDO ( ) EFETIVO ( ) CONTRATADO ( ) COMISSÃO ( ) CLT ( ) ELETIVO			
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	

6.3	**FUI SERVIDOR PÚBLICO:**	( ) DE OUTRO MUNICÍPIO	( ) ESTADUAL ( ) FEDERAL
DENOMINAÇÃO DO ORGÃO			
CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO			
CATEGORIA FUNCIONAL ( ) ADMITIDO ( ) EFETIVO ( ) CONTRATADO ( ) COMISSÃO ( ) CLT ( ) ELETIVO			DATA DE DESLIGAMENTO ___ / ___/ _____
MOTIVO DO DESLIGAMENTO ( ) A PEDIDO ( ) SEM JUSTA CAUSA ( ) TÉRMINO CONTRATUAL		( ) POR CONVENIÊNCIA DA ADMINSITRAÇÃO ( ) JUSTA CAUSA ( ) 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	N° DO REGISTRO	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO ( ) Regime Próprio de Previdência Social ( ) 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 SEGUINTES 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 ( ) NÃO ( ) EXPEDIENTE Nº _____ DATA DOC LICITUDE ___ /___/20___

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

ESTA DISP/AF FOI RECEBIDA E CONFERIDA

POR:

_____
CARIMBO E ASSINATURA