



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

ETIQUETA

1 – TERMO DE POSSE

Aos XX, de XXXX de XXXX, toma posse, nesta Unidade, senhor(a) nomeado para o cargo em referência, de acordo com o artigo vinte e um, da Lei número oito mil, novecentos e oitenta e nove, de vinte e nove de outubro de mil novecentos e setenta e nove, nos seguintes termos: “**Prometo desempenhar bem e fielmente as funções relativas ao cargo para o qual fui nomeado(a), junto a PREFEITURA DO MUNICÍPIO 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.**”

Declaro que prestei Declaração de Bens e Valores nos termos do **Decreto nº 53.929**, de 21 de maio de 2013.

Declaro estar ciente de que deverei prestar Declaração de Bens e Valores nos termos do **Decreto nº 53.929**, de 21 de maio de 2013.

NOMEADO

2 – ENCERRAMENTO

E para constar, eu _____ RF.: _____, lotado(a)
(NOME POR EXTENSO)
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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – PMSB
DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO — DISP
PREENCHIDA EM ___/___/20___

ETIQUETA

FOTO

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

NOME						RF
RG	REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE)	DATA DE EMISSÃO ___/___/___	ÓRGÃO EXPEDIDOR	CPF		
PIS/PASEP	ANO DO 1º EMPREGO	POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL? <input type="checkbox"/> SIM Nº _____ <input type="checkbox"/> NÃO				
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM Nº _____ CATEGORIA _____ <input type="checkbox"/> NÃO						
TÍTULO DE ELEITOR			ZONA	SEÇÃO		
CARTEIRA DE RESERVISTA Nº	DATA DE EMISSÃO ___/___/___	CATEGORIA	ALISTAMENTO MILITAR Nº	DATA DE EMISSÃO ___/___/___	REGIAO MILITAR	
DATA DE NASCIMENTO ___/___/___	SEXO	NACIONALIDADE		NATURALIDADE	ESTADO	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTROS						
NOME DO PAI						
NOME DA MÃE						
NOME DO CÔNJUGE						
POSSUI FILHOS? <input type="checkbox"/> SIM QUANTOS? _____ <input type="checkbox"/> NÃO						
ENDEREÇO RESIDENCIAL						
BAIRRO				CIDADE		
ESTADO				CEP [] [] [] [] [] - [] [] []		
CONTATO FONE RESIDENCIAL () _____ CELULAR () _____				EMAIL		

SITUAÇÃO ESCOLAR

	ENSINO FUNDAMENTAL		ENSINO MÉDIO		SUPERIOR				OUTROS	
	FUND. I	FUND. II	REGULAR	PROFISSIONALIZANTE	GRADUAÇÃO	PÓS GRAD.	MESTRADO	DOCTORADO		
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										

2- AUTODECLARAÇÃO FACULTATIVA NOS TERMOS DO DECRETO Nº 54.949/2014

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

3- 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 MÚLTIPLA

Decreto nº 54.949/2014 - Legislação Municipal sobre Cotas Raciais
 SIM NÃO

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

<input type="checkbox"/> NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP		<input type="checkbox"/> SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA	
		<input type="checkbox"/> SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	
CARGO/ FUNÇÃO		CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO	
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO (SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, AUTARQUIA - OUTROS)		TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social	
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	
EXERCE CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CARGO	PADRÃO/ REFERÊNCIA	DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___
<input type="checkbox"/> FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA		<input type="checkbox"/> FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	
EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO NO CARGO/ FUNÇÃO DE			EM ___/___/___
MOTIVO DO DESLIGAMENTO		<input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR	
<input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA		<input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO	
		<input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <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	

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

<input type="checkbox"/> NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, (MINISTÉRIO, SECRETARIA, AUTARQUIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES)			
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	
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			DESLIGAMENTO EM ___/___/___
MOTIVO DO DESLIGAMENTO		<input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR	
<input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA		<input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO	
		<input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <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	

**6 - DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS PÚBLICOS
(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

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

ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS: PMSP PMSP PMSP OUTRO MUNICÍPIO PMSP ESTADUAL PMSP FEDERAL

NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL

ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS PMSP PMSP PMSP OUTRO MUNICÍPIO PMSP ESTADUAL PMSP FEDERAL

NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
-----------------	--------------	---------------------

APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO

NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
-----------------	--------------	---------------------

DECLARAÇÃO DE POSSE
ESTOU CIENTE QUE PARA REGULARIZAR A SITUAÇÃO ORA DECLARADA, NOS TERMOS DAS EXIGÊNCIAS PREVISTAS NOS INCISOS XVI E XVII DO ARTIGO 37 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E POSSIBILITAR A POSSE/CONTRATAÇÃO NESTA PMSP, SERÁ ABERTO EXPEDIENTE DE ACÚMULO DE CARGOS/FUNÇÕES/PROVENTOS PÚBLICOS.

ASSINATURA DO DECLARANTE

**7 - 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, DE 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 DE QUE 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

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

EXPEDIENTE Nº _____

ESTA DISP FOI RECEBIDA E CONFERIDA POR:

PROCESSO Nº _____

DE ACÚMULO DE CARGOS/PROVENTOS

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – PMSP
DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO – ALTERAÇÃO FUNCIONAL – DISP /AF
PREENCHIDA EM ___/___/20___

ETIQUETA

FOTO

DECLARAÇÃO DE DADOS FUNCIONAIS PARA INGRESSO EM OUTRO CARGO SEM INTERRUÇÃO DE VINCULO

INGRESSO SEM INTERRUÇÃO
(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	
RG	REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE)	DATA DE EMISSÃO ___/___/___	ÓRGÃO EXPEDIDOR	CPF			
PIS/PASEP	ANO DO 1º EMPREGO	POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL? <input type="checkbox"/> SIM N° _____ <input type="checkbox"/> NÃO					
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM N° _____ CATEGORIA _____		<input type="checkbox"/> NÃO					
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA		SEÇÃO			
CARTEIRA DE RESERVISTA N°	DATA DE EMISSÃO ___/___/___	CATEGORIA	ALISTAMENTO MILITAR N°	DATA DE EMISSÃO ___/___/___	REGIÃO MILITAR		
DATA DE NASCIMENTO ___/___/___	SEXO	NACIONALIDADE		NATURALIDADE	ESTADO		
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTROS							
NOME DO PAI							
NOME DA MÃE							
NOME DO CÔNJUGE							
POSSUI FILHOS? <input type="checkbox"/> SIM QUANTOS? _____ <input type="checkbox"/> NÃO							
ENDEREÇO RESIDENCIAL							
BAIRRO				CIDADE			
ESTADO				CEP [] [] [] [] [] - [] [] []			
CONTATO FONE RESIDENCIAL () _____ CELULAR () _____				EMAIL			

SMG/COGEP/ - DISP/AF

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

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- AUTODECLARAÇÃO FACULTATIVA NOS TERMOS DO DECRETO Nº 57.557/2016

COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE

AMARELA
 BRANCA
 INDÍGENA
 PARDA
 PRETA
 NÃO DESEJA DECLARAR

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
 MÚLTIPLA

Decreto nº 54.949/2014 - 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)**

<input type="checkbox"/> NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP		<input type="checkbox"/> SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA	
		<input type="checkbox"/> SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	
CARGO/ FUNÇÃO		CATEGORIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO	
DENOMINAÇÃO DO ORGÃO (SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, AUTARQUIA - OUTROS)		TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social	
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	
EXERCE CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CARGO	DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___
		PADRÃO/ REFERÊNCIA	
<input type="checkbox"/> FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA		<input type="checkbox"/> FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	
EXONERADO/ DISPENSADO/ RESCISÃO NO CARGO/ FUNÇÃO DE			EM ___/___/___
MOTIVO DO DESLIGAMENTO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA		<input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <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

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

NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, (MINISTÉRIO, SECRETARIA, AUTARQUIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES)
MANTIDO POR ESSES PODERES)

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

FUI SERVIDOR PÚBLICO : DE OUTRO MUNICÍPIO ESTADUAL FEDERAL

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO

CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO

CATEGORIA FUNCIONAL ADMITIDO EFETIVO CONTRATADO COMISSÃO CLT ELETIVO DESLIGAMENTO EM ___/___/___

MOTIVO DO DESLIGAMENTO
 A PEDIDO SEM JUSTA CAUSA TÉRMINO CONTRATUAL POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO 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 Nº DO REGISTRO TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO Regime Próprio de Previdência Social Regime Geral de Previdência Social

**7 - DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS PÚBLICOS
(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

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

ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS: PMSP PMSP PMSP OUTRO MUNICÍPIO PMSP ESTADUAL PMSP FEDERAL

NOME DA UNIDADE CARGO/FUNÇÃO CATEGORIA FUNCIONAL

NOME DA UNIDADE CARGO/FUNÇÃO CATEGORIA FUNCIONAL

ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS PMSP PMSP PMSP OUTRO MUNICÍPIO PMSP ESTADUAL PMSP FEDERAL

NOME DA UNIDADE CARGO/FUNÇÃO CATEGORIA FUNCIONAL

APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO

NOME DA UNIDADE CARGO/FUNÇÃO CATEGORIA FUNCIONAL

DECLARAÇÃO DE POSSE
ESTOU CIENTE QUE PARA REGULARIZAR A SITUAÇÃO ORA DECLARADA, NOS TERMOS DAS EXIGÊNCIAS PREVISTAS NOS INCISOS XVI E XVII DO ARTIGO 37 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E POSSIBILITAR A POSSE/CONTRATAÇÃO NESTA PMSP, SERÁ ABERTO EXPEDIENTE DE ACÚMULO DE CARGOS/FUNÇÕES/PROVENTOS PÚBLICOS.

ASSINATURA DO DECLARANTE

**8 - 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, DE 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 DE QUE 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

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

EXPEDIENTE Nº _____

ESTA DISP/ AF FOI RECEBIDA E CONFERIDA POR:

PROCESSO Nº _____

DE ACÚMULO DE CARGOS/ PROVENTOS

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COMUNICAÇÃO DE INÍCIO DE EXERCÍCIO

ETIQUETA

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 _____
Cargo/Função: _____ Padrão/Ref.: _____

2 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Prefixo

Secretaria/Subprefeitura: _____
Subsecretaria: _____
Departamento/Coordenadoria: _____
Divisão/Supervisão: _____
Seção: _____
Código de Endereçamento: _____ 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.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA / PREFEITURA REGIONAL _____

FORMULÁRIO PARA EXAME MÉDICO

ETIQUETA

1 – ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES PRÉ-ADMISSÃO

Comparecer no dia ____/____/____ às _____ horas na Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS, localizado à Rua Boa Vista, 280 – 1º andar – Centro.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Carimbo e assinatura do responsável pela URH/SUGESP

(USO EXCLUSIVO DO COGESS)

2 – COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE DO SERVIDOR - COGESS

LAUDO MÉDICO

Certifico que o senhor supra mencionado submeteu-se à avaliação médico pericial e apresenta capacidade laborativa para o exercício do cargo acima denominado.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Carimbo e Assinatura do Responsável – COGESS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA/PREFEITURA REGIONAL

Pedido de Prorrogação Nº _____/_____

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

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO NOMEADO

Nome: _____

R.G.: _____ O.E.: _____ R.F.: _____ VINC. _____

Cargo: _____ Secretaria/ Prefeitura Regional: _____

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

Lotação: _____

Endereço Residencial: _____ Nº ____ Bairro: _____

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

PUBLICADO – DOC ____/____/____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA/PREFEITURA REGIONAL

Protocolo Nº _____/_____

Prorrogação de prazo para: POSSE INÍCIO DE EXERCÍCIO

Contato com: _____ Telefone: _____ Ramal: _____

Nome do Interessado: _____ R.G.: _____

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA/ PREFEITURA REGIONAL/ DELEGACIA DE ENSINO _____

EXPEDIENTE DE ACÚMULO DE CARGOS/FUNÇÕES Nº _____

REGISTRO FUNCIONAL Nº _____ VINC: _____

1. IDENTIFICAÇÃO/ DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS:

NOME: _____

RG: _____ CPF _____

1º Vínculo:

(PMSP)Cargo/Função: _____

Unidade de Trabalho: _____

() efetivo () admitido () comissão () contratado

2º Vínculo: Cargo/Função: _____

Unidade de Trabalho: _____

() efetivo () admitido () comissão () contratado () ACT () CLT () _____

Declaro, sob as penas da Lei, que acumulo ou acumularei, os cargos ou funções supra, da seguinte Esfera do Poder Público:

() Municipal () Estadual () Federal () Outros Municípios

_____/_____/_____

assinatura do servidor

2. DESPACHO:

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

2.1. LÍCITO, por tratar-se de:

2.1.1. ____ dois cargos/funções de Professor (Constituição Federal, artigo 37, inciso XVI letra "a").

2.1.2. ____ um cargo de Professor e outro Técnico ou Científico, (CF, artigo 37, inciso XVI letra "b").

2.1.3. ____ dois cargos ou empregos privativos de Profissionais de Saúde, com profissões regulamentadas. (CF artigo 37, inciso XVI letra "c", c/c emenda 34/2001).

2.2. ILÍCITO, por:

2.2.1. ____ incompatibilidade de horários.

2.2.2. ____ não se enquadrar nas exceções previstas no artigo 37, inciso XVI da CF

2.2.3. ____ não se enquadrar no item I.C, artigo 30 da Lei nº 11.410/93 e Comunicado 03/SMA-G/99

2.2.4. ____ 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/SUGESP

Publicado no DOC de ____/____/_____

3. O Servidor em pauta OPTA conforme exposto/documentação anexa:

_____/_____/_____
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

LEGISLAÇÃO:

A - 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

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

A- LEI Nº 16.122, de 15 de janeiro de 2015.

Artigo 32

B- LEI Nº 14.660, de 26 de dezembro de 2007.

C- LEI 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.

D- ACUMULAÇÃO:

- O acúmulo de cargos abrange as Esferas :

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

E-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.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO 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: _____

RG: _____ O.E.: _____ 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)

É Pontual () SIM () NÃO

É Decorrente do Acúmulo () SIM () NÃO

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 31.861/92.

OBS. Adicionais _____

_____/_____/_____

_____ carimbo e assinatura da Chefia Imediata

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

Unidade de trabalho: _____ CE: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

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

Horário de trabalho:

SEGUNDA-FEIRA: das: _____ às _____ horas

TERÇA FEIRA: das: _____ às _____ horas

QUARTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas

QUINTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas

SEXTA-FEIRA: das: _____ às _____ horas

SÁBADO: das: _____ às _____ horas

DOMINGO: das: _____ às _____ horas

_____/_____/_____

carimbo e assinatura da Chefia Imediata

7. INSTRUÇÕES

7.1 – PRAZO

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

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

7.2 – PREENCHIMENTO:

Sem rasuras e uso de corretivos.

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

No caso de Médicos da PMSP, obedecer ao regime de 20 horas semanais previsto na Lei nº 11.410/93

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.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
(nome da Secretaria ou Órgão Municipal)

DECLARAÇÃO

Eu, (nome civil completo do servidor), 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 do parágrafo 2º do artigo 3º do Decreto nº 57.559, de 21 de dezembro de 2016.

São Paulo, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA _____/DRE_____

Título de Reintegração N° /2017

PROCESSO N°

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

EXPED E

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

São Paulo, de 201.

Assinatura do Responsável