



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 – PMSP
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 ___/___/___	ORGÃO 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		

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			N° DO REGISTRO			DATA DE EMISSÃO DO REGISTRO ___/___/___				
DIPLOMAS APRESENTADOS										

2- AUTODECLARAÇÃO FACULTATIVA NOS TERMOS DO DECRETO N° 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 n° 13.398/2002 - Legislação para Pessoas com Deficiência
 SIM NÃO Tipo de Deficiência: FÍSICA AUDITIVA VISUAL MENTAL MÚLTIPLA

Decreto n° 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 INTERRUPTÃO DE VINCULO

**INGRESSO SEM INTERRUPTÃO
(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 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 ___/___/___	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
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)**

<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)		
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"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <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

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

<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS: <input type="checkbox"/> PMSP PMSP <input type="checkbox"/> PMSP OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> PMSP ESTADUAL <input type="checkbox"/> PMSP FEDERAL			
NOME DA UNIDADE		CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
NOME DA UNIDADE		CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/> PMSP PMSP <input type="checkbox"/> PMSP OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> PMSP ESTADUAL <input type="checkbox"/> 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

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.

_____/_____/_____

_____ 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.

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
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

Termo de Aditamento do Contrato de Prestação de Serviços por Tempo Determinado

CONTRATANTE: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**, por meio da Chefia de Gabinete da Secretaria Municipal de Educação, nos termos da competência subdelegada pela Portaria SME nº 3.295, de 05 de junho de 2007, e conforme autorização do Exmo. Prefeito, por despacho publicado em DOC, consoante processo administrativo abaixo indicado:

Contratado: NOME:

REGISTRO: VINC TERMO Nº

NÚMERO DO RG:

FUNÇÃO: PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL

SETOR:

PROCESSO SEI Nº 6016.2017/0016573-0

DATA PUBL: 09/02/2017

OBJETO: PRORROGAÇÃO de Contrato de Prestação de Serviço por Tempo Determinado, nos termos da Lei 10.793/89, de 21 de dezembro de 1989, e alterações posteriores, combinado com o artigo 108, da Lei 14.660/07, de 26 de dezembro de 2007.

A Prefeitura do Município de São Paulo, neste ato representado pela Chefia de Gabinete da Secretaria Municipal de Educação, e o (a) Sr.(a) acima indicado, firmam o presente Termo de Aditamento ao Contrato de Prestação de Serviços por Tempo Determinado, na função acima indicada, de acordo com a autorização constante do processo administrativo epigrafado, mediante as seguintes cláusulas:

1ª Fica prorrogado pelo prazo de 06 (seis) meses, contados a partir de ____/____/____, o contrato firmado entre as partes, através de processo administrativo nº 2017-0.009.288-4 e 2017-0.006.813-4.

2ª Ficam mantidas e ratificadas todas as demais cláusulas e condições do contrato original, firmado aos ____/____/____.

3ª As despesas decorrentes do presente correrão à conta da dotação orçamentária nº 16.10.12.368.3010.2.856.31901100.04 da respectiva unidade em que for lotado.

E, por estarem, assim, justo e contratados, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas abaixo.

São Paulo, ____ de ____ de 2017.

CONTRATADO

CONTRATANTE

1ª Testemunha

2ª Testemunha



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
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

Termo de Contrato de Prestação de Serviços por Tempo Determinado

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio da Chefia de Gabinete da Secretaria Municipal de Educação, nos termos da competência subdelegada pela Portaria SME nº 3.295, de 05 de junho de 2007, e conforme autorização do Exmo Sr. Prefeito, publicada em DOC 07/12/2013, consoante processo administrativo abaixo indicado:

Contratado: NOME:
REGISTRO: **VINC:**
NÚMERO DO RG: **TERMO Nº:** /2017
CARGO: PROFESSOR DE ENSINO FUND. II E MÉDIO
DISCIPLINA: **SETOR:**
PROCESSO SEI Nº 6016.2017/0016586-2 DATA PUBL: 09/02/2017

OBJETO: CONTRATAÇÃO para atender necessidades temporárias do excepcional interesse público nos termos do Artigo 2º, da Lei 10.793, de 21 de dezembro de 1989, e alterações posteriores, combinado com o artigo 108, da Lei 14.660, de 26 de dezembro de 2007.

Pelo presente instrumento, de um lado, a Prefeitura do Município de São Paulo, representado neste ato pela Chefia de Gabinete da Secretaria Municipal de Educação, e de outro lado o(a) Sr.(a) acima indicado(a), portador do R.G. acima indicado têm, entre si, justo e contratado, a prestação de serviços para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, na função acima indicada, nos termos da Lei 10.793/89 e alterações posteriores, e Decreto 32.908/92, consoante autorização do Exmo. Sr. Prefeito, expressa no processo acima indicado, mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O CONTRATADO prestará serviços pelo período de 12 (doze) meses, exclusivamente desenvolvendo as atividades inerentes à função para a qual está sendo contratado.

CLÁUSULA SEGUNDA – REMUNERAÇÃO

Item 1: O CONTRATADO perceberá a título de salário mensal, a remuneração prevista para o Professor de Ensino Fundamental II e Médio, na Lei 14.660, de 26 de dezembro de 2007.

Item 2: A REMUNERAÇÃO fixada no item anterior, será reajustada na conformidade e nas épocas previstas para o funcionalismo público municipal.

CLÁUSULA TERCEIRA – PRAZO

O contrato produzirá efeitos a partir da data de início de exercício, vigorará até 12 (doze) meses, contados de acordo com as disposições do artigo 18, do Decreto 32.908/92.

CLÁUSULA QUARTA – RESCISÃO

Dar-se-á a rescisão deste contrato:

- I. A pedido do contratado;
- II. Por conveniência da Administração, a juízo da autoridade que procedeu a contratação;
- III. Quando o contratado incorrer em falta disciplinar;
- IV. Automaticamente, pelo não atendimento ao prazo estipulado para início de exercício (artigo 12, parágrafo único do Decreto 32.908/92).

CLÁUSULA QUINTA – DIREITOS E VANTAGENS

Ao CONTRATADO assistem iguais direitos e vantagens dos servidores públicos municipais, no que couber, e observando sempre o termo final deste Contrato, nos termos da Lei 10.793/89, e alterações posteriores, e Decreto 32.908/92.

CLÁUSULA SEXTA – DEVERES, PROIBIÇÕES E RESPONSABILIDADES

O CONTRATADO está sujeito aos mesmos deveres e proibições, inclusive no tocante à acumulação de cargos e funções públicas, de acordo com o artigo 37, incisos XVI e XVII da Constituição Federal e ao mesmo regime de responsabilidade vigente para os demais servidores públicos municipais, no que couber.

CLÁUSULA SÉTIMA – JORNADA DE TRABALHO

O CONTRATADO é obrigado a cumprir Jornada Básica do Docente na forma estabelecida no artigo 15 da Lei 14.660/07.

CLÁUSULA OITAVA – DISPOSIÇÕES GERAIS

Item 1º: As despesas decorrentes do presente Contrato correrão à conta da dotação orçamentária N° 16.10.12.368.3010.2.856.31901100.04 da respectiva unidade em que for lotado(a).

Item 2º: O CONTRATADO deve assumir os serviços a serem prestados na unidade encaminhada no prazo máximo de 2 (dois) dias, contados a partir da assinatura deste, munido do Comunicado de Início de Exercício, sob pena de ter o mesmo automaticamente rescindido, independentemente de qualquer formalidade, de acordo com o artigo 12, parágrafo único do Decreto 32.908/92.

Item 3º: Expirado o prazo contratual previsto na Cláusula Terceira deste, O CONTRATADO deverá dirigir-se à Diretoria Regional de Educação responsável pela contratação, para verificação final de seus direitos, não fazendo jus a qualquer remuneração por dias de serviços prestados que excederem o prazo contratual.

Item 4º: O CONTRATADO está proibido de prestar serviços diversos dos constantes deste instrumento, bem como, receber designações especiais ou ser nomeado para o exercício de cargo em comissão.

E, para constar, foi lavrado o presente Termo, em 02 (duas) vias de igual teor, que lido e achado conforme, vai assinado pelas partes e por duas testemunhas.

São Paulo, ____ de _____ de _____

CONTRATADO

1ª Testemunha

2ª Testemunha

CONTRATANTE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL _____

Termo de Contrato de Prestação de Serviços por Tempo Determinado

Contratante: **Prefeitura do Município de São Paulo**, através do Sr. Secretário do _____, conforme autorização do(a) Exmo(a). Sr(a). Prefeito(a), por despacho publicado em DOC, consoante processo administrativo abaixo indicado:

Contratado:

Etiqueta

OBJETO: CONTRATAÇÃO para atender necessidades temporárias do excepcional interesse público nos termos dos Artigos 1º e 2º da Lei 10.793, de 21 de dezembro de 1989.

Pelo presente instrumento, de um lado, a Prefeitura do Município de São Paulo, representado neste ato pelo Sr. Secretário _____, e de outro lado o(a) Sr.(a) acima indicado(a), portador do R.G. acima indicado têm, entre si, justo e contratado, a prestação de serviços para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, na função acima indicada, nos termos da Lei 10.793/89, parcialmente alterada pela Lei 13.261/01 e regulamentada pelo Decreto 32.908/92, consoante autorização do(a) Sr(a). Prefeito (a), expressa no processo acima indicado.

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

O CONTRATADO prestará serviços de doze meses, exclusivamente desenvolvendo as atividades inerentes à função para a qual está sendo contratado.

CLÁUSULA SEGUNDA - REMUNERAÇÃO

Item 1: O CONTRATADO perceberá o salário mensal de R\$ _____ (_____), nos termos do inciso III, do artigo 5º, da Lei 10.793/89.

Item 2: O salário fixado na cláusula anterior será reajustado na conformidade e nas épocas previstas para o funcionalismo público municipal.

CLÁUSULA TERCEIRA - PRAZO

O contrato produzirá efeitos a partir da data de início de exercício, e vigorará até doze meses, vedada a prorrogação, salvo nas hipóteses do parágrafo 1º, do artigo 3º, da Lei 10.793/89, parcialmente alterada pela Lei 13.261/01, caso em que deverá ser lavrado Termo de Aditamento ao presente.

CLÁUSULA QUARTA - RESCISÃO

Dar-se-á a rescisão deste contrato:

- I. A pedido do contratado;
- II. Por conveniência da Administração, a juízo da autoridade que procedeu a contratação;
- III. Quando o contratado incorrer em falta disciplinar;
- IV. Automaticamente, ao término do prazo estipulado neste Termo;
- V. Automaticamente, pelo não atendimento ao prazo estipulado para início de exercício.

CLÁUSULA QUINTA - DIREITOS E VANTAGENS

Ao CONTRATADO assistem iguais direitos e vantagens dos servidores públicos municipais, no que couber, e observando sempre o termo final deste Contrato, nos termos da Lei 10.793/89 e Decreto 32.908/92.

CLÁUSULA SEXTA - DEVERES, PROIBIÇÕES E RESPONSABILIDADE

O CONTRATADO está sujeito aos mesmos deveres e proibições, inclusive no tocante à acumulação de cargos e funções públicas, de acordo com o artigo 37, incisos XVI e XVII da Constituição Federal e ao mesmo regime de responsabilidade vigente para os demais servidores públicos municipais, no que couber.

CLÁUSULA SÉTIMA - JORNADA DE TRABALHO

O CONTRATADO é obrigado a prestar quarenta horas semanais de trabalho, vinculando-se às normas internas da P.M.S.P., inclusive quanto ao cumprimento da jornada de trabalho e registro de ponto.

CLÁUSULA OITAVA - DISPOSIÇÕES GERAIS

Item 1º As despesas decorrentes do presente Contrato correrão à conta da dotação orçamentaria nº _____.

Item 2º O CONTRATADO deve assumir os serviços a serem prestados na unidade designada no prazo máximo de dois dias, contados a partir da assinatura deste, munido da Comunicação de Início de Exercício, sob pena de ter o mesmo automaticamente rescindido, independente de qualquer formalidade, de acordo com o artigo 12, parágrafo único do Decreto 32.908/92.

Item 3º Expirado o prazo contratual previsto na Cláusula Terceira deste, O CONTRATADO deverá se dirigir à Unidade de Recursos Humanos, da Secretaria em que for lotado, para verificação final de seus direitos, não fazendo jus a qualquer remuneração por dias de serviços prestados que excederem o prazo contratual.

Item 4º O CONTRATADO está proibido de prestar serviços diversos dos constantes deste instrumento, bem como, receber designações especiais ou ser nomeado para o exercício de cargo em comissão.

E, para constar, foi lavrado o presente Termo, em 03 (três) vias de igual teor, que lido e achado conforme, vai assinado pelas partes e por duas testemunhas.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

CONTRATADO

CONTRATANTE

1ª Testemunha

PUBLICADO NO DOC DE ____/____/____.

2ª Testemunha