



Anexo Único a que se refere o artigo 3º do Decreto nº 53.177, de 4 de junho de 2012

DECLARAÇÃO

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

NOME: _____ RF/RG: _____

CARGO/FUNÇÃO/ EMPREGO _____

SECRETARIA/SUBPREFEITURA: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

2. DECLARAÇÃO:

DECLARO ter conhecimento das vedações constantes do artigo 1º do Decreto nº _____, de _____, 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.

____/____/____

Assinatura do interessado/servidor
RG/RF



CIDADE DE SÃO PAULO

ETIQUETA

1 – TERMO DE POSSE

Aos _____, de _____ de _____, 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 DA CIDADE DE SÃO PAULO; respeitar e obedecer as leis, cooperar em tudo quanto a mim couber para a boa execução das tarefas que me forem afetas.**

- Declaro que prestei Declaração de Bens e Valores nos termos do Decreto nº 59.432/2020.
- Declaro estar ciente de que deverei prestar Declaração de Bens e Valores, no prazo de 10(dez) dias nos termos do inciso I do artigo 4º do Decreto nº 59.432/2020 quando do Início de Exercício.
- Declaro estar ciente de que deverei prestar Declaração de Família, no prazo de 60(sessenta) dias nos termos do parágrafo único do artigo 3º do Decreto nº 57. 894/ 2017.
- Declaro estar ciente de que deverei prestar 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.
- 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
- 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.

NOMEADO (A)

2 – DECRETO Nº 58.225/2018 – EXAME MÉDICO PRÉ ADMISSIONAL

APTO NO DOC DE ___/___/___ ISENTO NOS TERMOS DO INCISO I DO ARTIGO 90

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – PMSP
DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO — DISP
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____ 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? () SIM Nº _____ () NÃO				
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? () SIM Nº _____ CATEGORIA _____ () 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 () CASADO () DESQUITADO () DIVORCIADO () SOLTEIRO () UNIÃO ESTÁVEL () VIÚVO () OUTROS						
NOME DO PAI						
NOME DA MÃE						
NOME DO CÔNJUGE						
POSSUI FILHOS? () SIM QUANTOS? _____ () NÃO						
ENDEREÇO RESIDENCIAL						
BAIRRO				CIDADE		
ESTADO				CEP () () () () () - () () ()		
CONTATO FONE RESIDENCIAL () () TEL CELULAR EMAIL () AUTORIZO A PMSP ENVIAR COMUNICADOS PARA O MEU E-MAIL PESSOAL E/OU PELO MEU CELULAR.						
_____ ASSINATURA DO DECLARANTE						

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										

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° 57.557/2016 - 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)** NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA
 SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

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 NUMERO

EXERCE CARGO EM COMISSÃO

 SIM NÃO

CARGO

PADRÃO/ REFERÊNCIA

DATA DE DESLIGAMENTO

___ / ___ / ___

FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO NO CARGO/ FUNÇÃO DE

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

N° DO REGISTRO

TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO

Regime Próprio de Previdência Social Regime Geral de Previdência Social

**5 - 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 FÉRIAS SIM NÃO
PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___

AFASTAMENTO SIM NÃO TIPO DE AFASTAMENTO
 COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS

ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR SIM NÃO PROCESSO NUMERO

FUI SERVIDOR PÚBLICO : DE OUTRO MUNICÍPIO ESTADUAL FEDERAL

DENOMINAÇÃO DO ORGÃO

CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO

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

MOTIVO DO DESLIGAMENTO
 A PEDIDO TÉRMINO CONTRATUAL POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR
 SEM JUSTA CAUSA POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO
 JUSTA CAUSA 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 ACÚMULO DE CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS PÚBLICOS
(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

NAO ACUMULAREI CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PUBLICOS FEDERAIS, ESTADUAIS, MUNICIPAIS (EM MINISTERIO, SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES)

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

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

ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS PMSF PMSF PMSF PMSF
OUTRO MUNICÍPIO OUTRO MUNICÍPIO ESTADUAL 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 PMSF, 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



CIDADE DE SÃO PAULO
DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO – ALTERAÇÃO FUNCIONAL – DISP /AF
DECLARAÇÃO DE DADOS FUNCIONAIS PARA INGRESSO EM OUTRO CARGO SEM INTERRUÇÃO DE VINCULO
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____ PREENCHIDA EM ____/____/20__

**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? SIM N° _____ NÃO				
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? ()SIM N° _____ CATEGORIA _____ () 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 ()CASADO ()DESQUITADO ()DIVORCIADO ()SOLTEIRO ()UNIÃO ESTÁVEL ()VIÚVO ()OUTROS						
NOME DO PAI						
NOME DA MÃE						
NOME DO CÔNJUGE						
POSSUI FILHOS? ()SIM QUANTOS? _____ () NÃO						
ENDEREÇO RESIDENCIAL						
BAIRRO			CIDADE			
ESTADO			CEP -			
CONTATO FONE RESIDENCIAL () () TEL CELULAR EMAIL						
() AUTORIZO A PMSP ENVIAR COMUNICADOS PARA O MEU E-MAIL PESSOAL E/OU PELO MEU CELULAR.						
_____ ASSINATURA DO DECLARANTE						

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

	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									

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



**CIDADE DE SÃO PAULO
COMUNICADO DE INÍCIO DE EXERCÍCIO
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____**

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: _____ Prefixo: _____
Subsecretaria: _____ Prefixo: _____
Departamento/Coordenadoria: _____ Prefixo: _____
Divisão/Supervisão: _____ Prefixo: _____
Seção: _____ Prefixo: _____
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.



CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

EXPEDIENTE DE ACÚMULO DE CARGOS/FUNÇÕES Nº _____

1) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (A)

NOME: _____

RF _____ VINC _____ RG _____ CPF _____

Declaro, sob as penas da Lei, que acumulo ou acumularei somente dois cargos ou funções na Esfera Pública indicada abaixo bem como fico ciente que a acumulação não poderá exceder a carga horária de trabalho semanal de 70(setenta) horas semanais.

1º Vínculo – PMSP

2º Vínculo PMSP Estadual Federal Outros Municípios

____/____/____

Assinatura do servidor

2) DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

Vínculo:
(PMSP)

Cargo/Função: _____

Unidade de Trabalho _____

Efetivo Admitido Comissão Contratado

2º Vínculo:

Cargo/Função: _____

Unidade de Trabalho _____

Efetivo Admitido Comissão contratado ACT CLT _____

____/____/____

Assinatura do servidor

3)DESPACHO

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

3.1-LÍCITO, por tratar-se de:

3.1.1 Dois cargos/funções de Professor C.F./1988 artigo 37, inciso XVI letra "a".

3.1.2 Um cargo de Professor e outro Técnico ou Científico C.F./1988 artigo 37, inciso XVI letra "b".

3.1.3 Dois cargos ou empregos privativos de Profissionais de Saúde, com profissões regulamentadas. C.F./1988 artigo 37, inciso XVI letra "c", c/c a E.C 34/2001.

3.1.4 Proventos C.F./1988 art. 37 § 10, incluído pela EC 20/1998.

3.2 – ILÍCITO, por:

3.2.1 Incompatibilidade de horários.

3.2.2 Não se enquadrar nas exceções previstas no artigo 37, inciso XVI da CF.

3.2.3 Não se enquadrar no item I.C, artigo 30 da Lei nº 11.410/93 e Comunicado 03/SMA-G/1999.

3.2.4 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/SUGES

4)ILUCITUDE

4.1. Em razão da **ilicitude** do acúmulo pleiteado, o servidor identificado no item 1 um deste formulário, **OPTA** conforme exposto e documentação em anexo:

____/____/____

Assinatura do Servidor

Despacho:

I - À vista das informações trazidas no presente, fica descaracterizado o acúmulo notificado no inicial, a partir de ____/____/____

II - Publique-se, anote-se e archive-se.

PUBLICADO no DOC de: ____/____/____.

Carimbo e assinatura do responsável – URH/SUGESP

5) LEGISLAÇÃO

5.1 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL:

Artigo 37, inciso XVI – é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos exceto, quando houver compatibilidade de horários:

- a) a de 2 (dois) cargos de professor;
- b) a de 1 (um) cargo de professor com outro técnico ou científico
- c) a de 2 (dois) cargos privativos de profissionais de saúde com profissões regulamentadas

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

5.3 – LEI Nº 16.122, de 15 de janeiro de 2015, artigo 32. (SMS)

5.4 – LEI Nº 14.660, de 25 de dezembro de 2007, artigo 19. (SME)

5.5 – DECRETO Nº 14.739, de 26 de outubro de 1977.

Artigo 9º - Ao DRH caberá verificar a compatibilidade dos cargos ou funções, tendo em conta os casos permitidos nos artigos 1º e 2º, e também observar o seguinte:

I - Havendo compatibilidade dar-se-á posse, fixando-se o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação dos atestados que declaram os cargos ou funções exercidos (nome do órgão nome e natureza do cargo ou função) e os horários de trabalho, discriminando o início e o término dos períodos.

II - No caso de inobservância do prazo fixado no item I, a acumulação será julgada ilícita, ficando o servidor obrigado a optar por um dos cargos ou funções.

5.6 - ACUMULAÇÃO:

- O acúmulo de cargos abrange as Esferas:

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

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

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



CIDADE DE SÃO PAULO

ATESTADO DE HORÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade de trabalho: _____ EH: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____

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/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: _____

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

Cargo: _____ Secretaria/ Prefeitura Regional: _____

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

Lotação: _____

Endereço Residencial: _____ N° ____ 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/DRE

PUBLICADO – DOC ____/____/____



CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

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 dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 58.228 de 16 de maio de 2018.

São Paulo, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE



CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA _____/DRE _____

SUBPREFEITURA _____

Título de Reintegração N° /20____

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 x^a 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. XXXXXXXX, para exercer o cargo de XXXXXXXXXXXXXXXX., ref. XXXXXX, constante na **Lei n° (do quadro ao qual pertence o cargo).***

São Paulo, de 20____

Carimbo e Assinatura do Responsável-URH/SUGESP/DRE