



CIDADE DE SÃO PAULO
FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) INDICADO (A):

NOME: _____ RF: _____

CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO : _____

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

RF/RG: _____ E-MAIL _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

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

UNIDADE: _____ CE: _____

E-MAIL: _____ TEL: _____

3. DECLARAÇÃO:

É cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau de ocupante(s) de cargo(s) em comissão, função(ões) de confiança ou função(ões) gratificada(s) no âmbito da administração direta e indireta **OU** da autoridade nomeante – o prefeito, o dirigente da autarquia, fundação, empresa pública e sociedade de economia mista – ou de autoridade a quem esta competência para nomeação tenha sido delegada?

() NÃO

() SIM

4. IDENTIFICAÇÃO DOS VÍNCULOS:

Em caso afirmativo, relacionar a seguir o(s) ocupante(s) de cargo(s) ou emprego(s) em comissão, função(ões) de confiança ou função(ões) gratificada(s) com os quais tenha algum vínculo:

NOME _____

Denominação do cargo/função(*) _____

Órgão/entidade onde trabalha(**) _____

Data da nomeação/designação _____

Vínculo com a administração pública(***) _____

Vínculo familiar(****) _____

NOME _____

Denominação do cargo/função(*) _____

Órgão/entidade onde trabalha(**) _____

Data da nomeação/designação _____

Vínculo com a administração pública(***) _____

Vínculo familiar(****) _____

(*) Denominação do cargo ou emprego em comissão, função de confiança ou função gratificada.

(**) Órgão /entidade onde trabalha: indicar secretaria/ subprefeitura/ órgão auxiliar da administração direta do Município de São Paulo, autarquia, fundação, empresa pública, sociedade de economia mista da administração indireta do Município de São Paulo.

(***) Vínculo com a administração pública

1. Ocupante de cargo /função/ emprego, sem vínculo efetivo com o serviço público.
2. Servidor efetivo, admitido ou empregado público contratado em caráter efetivo (CLT), da administração direta e indireta do Município de São Paulo.
3. Servidor ou empregado público federal, estadual e de outros municípios.

(****) Vínculo familiar: aqueles discriminados no anexo II do Decreto nº 50.898/2009

5. DECLARAÇÃO:

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

_____/_____/____

Assinatura do interessado/servidor

RF:

OBSERVAÇÕES:

- Preenchimento obrigatório no caso de nomeação ou designação para cargo ou emprego em comissão, função de confiança ou função gratificada (Art. 1º).
- Preenchimento obrigatório apenas na hipótese afirmativa, para quem já ocupa cargo ou emprego em comissão na data da edição do Decreto (Art. 2º).

CÔNJUGE E COMPANHEIRO (A)

CÔNJUGE	COMPANHEIRO (A)
Pessoa legalmente casada	Pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com servidor (a), como dispõe o § 3º do art. 226 da Constituição Federal

Tabela "B"

PARENTES EM LINHA RETA

GRAU	CONSANGUINIDADE ASCENDENTE	CONSANGUINIDADE DESCENDENTE	AFINIDADE (VÍNCULOS ATUAIS)
1º	Pai/mãe	Filho/filha	Sogro/sogra Madrasta/padrasto Enteado/enteada
2º	Avó/avô	Neto/neta	Genro/nora
3º	Bisavô/bisavó	Bisneto/bisneta	Avôs/ avós do cônjuge ou companheiro

Tabela "B"

PARENTES EM LINHA COLATERAL

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	---	---
2º	Irmão/irmã e seus cônjuges	Cunhado/cunhada
3º	Tio/tia, sobrinho/sobrinha.	Tio/tia, sobrinho/sobrinha do cônjuge ou companheiro do agente público.

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

DECLARAÇÃO

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

NOME: _____ 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

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

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 Decretos nº 59.432 de 13 de maio de 2020
- () Declaro estar ciente de que deverei prestar Declaração de Bens e Valores, no prazo de **10(dez) dias** nos termos do **Decretos nº do inc. I do artigo 4º do Decreto nº 59.432/2020 quando do Início de Exercício.**
- () 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

- () APRESENTOU ATESTADO MÉDICO DE CAPACIDADE LABORATIVA (§1º DO ARTIGO 97)
- () SERVIDOR CEDIDO POR OUTRO ÓRGÃO (INCISO II DO ARTIGO102)

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



CIDADE 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 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 ()								
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	
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 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

 NÃO SIM 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)** 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

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

FÉRIAS

 SIM NÃO

PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___

PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___

AFASTAMENTO

 SIM NÃO

TIPO DE AFASTAMENTO

 COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS

PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___

ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR

 SIM NÃO

PROCESSO NÚMERO

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 TÉRMINO CONTRATUAL POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO SEM JUSTA CAUSA 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

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)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		FÉRIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___		PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___
AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		TIPO DE AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> COM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS <input type="checkbox"/> SEM PREJUÍZO DE VENCIMENTOS
PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___		
ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PROCESSO NÚMERO
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"/> SEM JUSTA CAUSA		<input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA
		<input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OUTROS
SOU APOSENTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social
EM ___/___/___		
CARGO/ FUNÇÃO		
SOU PENSIONISTA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social
Nº DO REGISTRO		

6 - 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)					

<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

SG/COGEP/DRH-Divisão de Eventos Funcionais

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)****INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS: SIM () EXPEDIENTE Nº _____
 NÃO ()

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE PROVENTOS: SIM ()
 NÃO ()

ESTA DISP FOI RECEBIDA E CONFERIDA POR:

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__**

	FOTO
--	------

INGRESSO SEM INTERRUÇÃO (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

EU, _____,

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

NÃO HOUE ALTERAÇÃO EM MEUS DADOS PESSOAIS.

HOUE 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	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 _____ <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						
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 ()

E-MAIL

() AUTORIZO A PMSP ENVIAR COMUNICADOS PARA O MEU E-MAIL PESSOAL E/OU PELO MEU CELULAR.

ASSINATURA DO SERVIDOR (A)

SEGES//COGEP/DRH-Divisão de Eventos Funcionais-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	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)

() 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 NÚMERO					
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 <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

SEGES/ COGEP/ DRH-Divisão de Eventos Funcionais-DISP/AF

**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)	
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 PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ <input type="checkbox"/> NÃO	FÉRIAS <input type="checkbox"/> SIM PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ <input type="checkbox"/> NÃO
AFASTAMENTO <input type="checkbox"/> SIM PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___ <input type="checkbox"/> NÃO	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"/> POR CONVENIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO <input type="checkbox"/> NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> SEM JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> JUSTA CAUSA <input type="checkbox"/> OUTROS	
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/DRE (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
TERMO DE OPÇÃO DE REGIME DE REMUNERAÇÃO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____ PREENCHIDA EM ____/____/20____

1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME		CARGO EFETIVO/FUNÇÃO PERMANENTE	
RF	VÍNCULO	CARGO EM COMISSÃO	SÍMBOLO
DENOMINAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL OU SUBPREFEITURA			

2 – TERMO DE OPÇÃO

OPTO PELO REGIME DE VENCIMENTO DO CARGO EFETIVO OU FUNÇÃO PERMANENTE DA PMSP

OPTO PELO REGIME DE SUBSÍDIO DO CARGO EM COMISSÃO

PREENCHIMENTO PELOS SERVIDORES EFETIVOS SUBMETIDOS AO REGIME DA LEI Nº 8.989, DE 29 DE OUTUBRO DE 1979, BEM COMO PELOS ADMITIDOS NO REGIME DAS LEIS Nº 9.160, DE 3 DE DEZEMBRO DE 1980, E Nº 9.168, DE 4 DE DEZEMBRO DE 1980

OPTO PELO REGIME DE REMUNERAÇÃO DO CARGO EFETIVO OU FUNÇÃO OU EMPREGO PÚBLICO DA ORIGEM

PREENCHIMENTO PELOS SERVIDORES OU EMPREGADOS PÚBLICOS CEDIDOS NA FORMA DA LEI Nº 13.562, DE 22 DE ABRIL DE 2003.

OPTO PELO REGIME DE REMUNERAÇÃO DO CARGO EFETIVO OU FUNÇÃO OU EMPREGO OU MANDATO DA ORIGEM

PREENCHIMENTO PELOS SERVIDORES, EMPREGADOS PÚBLICOS E MEMBROS DE PODER DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA OU INDIRETA DE QUAISQUER DOS PODERES DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS, INCLUSIVE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, QUE PRESTAM SERVIÇOS NA PREFEITURA SEM PREJUÍZO DA REMUNERAÇÃO DE SEU CARGO OU EMPREGO OU MANDATO

SÃO PAULO, __ DE _____ DE _____.

ASSINATURA

3 – CADASTRO DA URH/SUGESP E POSTERIOR ARQUIVAMENTO EM PRONTUÁRIO:

Cadastro realizado para a folha de pagamento do mês de ____ / ____ , com efeitos a partir de ____ / ____ / ____ .

SÃO PAULO, __ DE _____ DE _____.

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DA URH /



CIDADE DE SÃO PAULO
COMUNICAÇÃO 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	Nomeação	Posse	Formalização de Contrato
Básicas			

() Concurso Público () Contratação () Reintegração

() Reversão "Ex-Offício" () 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



CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA/ PREFEITURA REGIONAL/ DELEGACIA DE ENSINO _____

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 a acúmulo de cargos.



CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

ATESTADO DE HORÁRIO APRESENTADO EM ____/____/____

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. Adicionai _____

_____/_____/____

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 PMSF, 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/ SUB/DRE: _____

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

PUBLICADO – DOC ____/____/____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

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/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
EXPEDIENTE DE DESIGNAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE _____

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE						
SECRET/PREF REG:						
DEPARTAMENTO:						
DIVISÃO:						
SEÇÃO:						
2 – IDENTIFICAÇÃO DO CARGO PARA O QUAL SE DESIGNA						
CARGO:				E.H.:		
REF. DO CARGO:		CARGO		PROV.:		
FORMA DE PROVIMENTO:						
EXIGÊNCIA DO CARGO:						
3- IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR						
NOME						
R.F./VÍNC.		REF		E.H.		
CARGO/FUNÇÃO:						
CAT.FUNCIONAL	() EFETIVO () ADMITIDO () COMISSÃO					
4 – MOTIVO DO AFASTAMENTO DO TITULAR:						
5 – IDENTIFICAÇÃO DO INDICADO						
NOME:						
R.F./VÍNC.		REF.		E.H.		
CARGO/FUNÇÃO:						
CAT.FUNCIONAL:	() EFETIVO () ADMITIDO () COMISSÃO					
ESCOLARIDADE:				NOME DO CURSO:		
HABILITAÇÃO:						
6 – PERÍODO DE DESIGNAÇÃO:						
7- INFORMAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO DE BENS NOS TERMOS DO ART. 13 DA LEI FEDERAL Nº 8.429/1992 c/c os DECRETOS MUNICIPAIS Nºs 53.929/2013 e 58.776/2019						
PRESTOU DECLARAÇÃO DE BENS NOS TERMOS DOS DECRETOS MUNICIPAIS Nº s 53.929/2013 e 58.776/2019						
() SIM () NÃO						

8 – ENCAMINHAMENTO

À DIRETORIA

____/____/____

Carimbo e Assinatura do (a) Chefe Imediato (a)

9 – ENCAMINHAMENTO

AO DRH/CAF

VISTO DE ACORDO

____/____/____

Carimbo e Assinatura do (a) Diretor (a)

10 – ENCAMINHAMENTO

AO DGP/URH/SUGESP

VISTO DE ACORDO

____/____/____

Carimbo e Assinatura do (a) Diretor (a) Departamento Técnico

11 – ENCAMINHAMENTO

A COGEP/CAF

A presente proposta está em condições de ser formalizada.

____/____/____

Carimbo e Assinatura do Sr. (a). Responsável pela DGP/URH/SUGESP

12 – ENCAMINHAMENTO

SECRETARIA

SENHOR(A) SECRETÁRIO(A)

PROPONHO A AUTORIZAÇÃO DO ATO.

____/____/____

Carimbo e Assinatura do(a) Coordenador(a)

13 – AUTORIZAÇÃO

AUTORIZO

EXPEÇA-SE A PORTARIA

____/____/____

Secretário (a) Municipal

REQUERIMENTO PARA EXONERAÇÃO A PEDIDO DE CARGO EM COMISSÃO

DIRIGIDO A

SUBPREFEITURA DA _____

SECRETARIA _____

DRE _____

Eu,(nome civil ou social completo do(a) servidor(a), registro funcional nº....., portador(a) da Cédula de Identidade R.G. nº..... e inscrito(a) no CPF sob o nº....., venho requerer minha exoneração do cargo em comissão de referência, a **partir de**/...../.....

São Paulo, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE