

## FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES

ANEXO I do Decreto nº 50.898, de 2 de outubro de 2009

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) INDICADO (A):

NOME: _____	RG/CIN/RNE/RF: _____
NOME SOCIAL: _____	
CARGO/ FUNÇÃO/ EMPREGO _____	
DATA DA NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO/CONTRATAÇÃO: __/__/____	
RG/CIN/RNE/RF: _____	E-MAIL _____

### 2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE:

SECRETARIA /PREFEITURA REGIONAL/ AUTARQUIA/ FUNDAÇÃO /EMPRESA OU SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA: _____	
UNIDADE: _____	EH: _____
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.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do interessado/servidor/RG/CIN/RNE/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).

**ANEXO II do Decreto nº 50.898, de 2 de outubro de 2009 TABELA “A”****CÔNJUGE E COMPANHEIRO (A)**

<b>CÔNJUGE</b>	<b>COMPANHEIRO (A)</b>
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**

<b>GRAU</b>	<b>CONSANGUINIDADE ASCENDENTE</b>	<b>CONSANGUINIDADE DESCENDENTE</b>	<b>AFINIDADE (VÍNCULOS ATUAIS)</b>
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**

<b>GRAU</b>	<b>CONSANGUINIDADE</b>	<b>AFINIDADE (vínculos atuais)</b>
1º	---	---
2º	Irmano/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: \_\_\_\_\_ RG/CIN/RNE/RF: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO/ EMPREGO \_\_\_\_\_

SECRETARIA/SUBPREFEITURA: \_\_\_\_\_

TELEFONE RES: ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR ( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### 2. DECLARAÇÃO:

**DECLARO** ter conhecimento das vedações constantes do artigo 1º do Decreto nº 53.177, de 04 de junho 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.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do interessado/servidor  
RG/CIN/RNE/RF: \_\_\_\_\_



**CIDADE DE  
SÃO PAULO**

**SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE \_\_\_\_\_**

NOME: NOME SOCIAL: Nº DO RG: Nº DO CIN: REGISTRO: NUMERO DO CARGO: CARGO: SETOR: DATA DA PUBLICAÇÃO:	ÓRG. EMISSOR: VINC:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

**1 – TERMO DE POSSE**

Aos \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, toma posse, nesta Unidade, senhor (a) nomeado para o cargo em referência, de acordo com o artigo nº 21, da Lei nº 8989 de outubro de 1979, 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.**

**- Declaração de bens e valores do Decreto nº 59.432/2020 de 13 de maio de 2020**

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.

**- Declaração de família nos termos do Decreto nº 57.894/2017**

**1. SERVIDOR NÃO VINCULADO AO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL - IPREM**

Estou isento da prestação da Declaração de Família nos termos do Decreto nº 57.894/2017 em razão de não ser vinculado ao Regime Próprio de Previdência Municipal – IPREM

**2. SERVIDOR VINCULADO AO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL -IPREM**

Declaro estar ciente de que deverei prestar Declaração de Família, nos termos do parágrafo único do Artigo 3º do Decreto nº57. 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

**- Declaração nos termos do Decreto nº 53.177/2012**

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.

**- Declaração nos termos da Lei nº 17.910/2023 combinada com a Resolução de COMAP nº 01/2024**

Declaro que prestei a declaração nos termos da Lei nº **17.910/2023** e não incorro em nenhuma das vedações previstas no artigo 1º da referida legislação.

\_\_\_\_\_  
**NOMEADO (A)**

**2 – DECRETO Nº 64.014/2025 – EXAME MÉDICO PRÉ ADMISSIONAL**

( ) SERVIDOR EM EXERCÍCIO SEM INTERRUÇÃO DE VÍNCULO.

( ) APRESENTOU ATESTADO MÉDICO DE CAPACIDADE LABORATIVA (§1º DO ARTIGO 103)

( ) SERVIDOR CEDIDO POR OUTRO ÓRGÃO (**INCISO II DO ARTIGO 116**)

**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**

**DECLARAÇÃO DE INGRESSO PARA O SERVIÇO PÚBLICO — DISP  
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE \_\_\_\_\_ PREENCHIDA EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_**

NOME: NOME SOCIAL: Nº DO RG: Nº DO CIN: REGISTRO: NÚMERO DO CARGO: CARGO: SETOR: DATA DA PUBLICAÇÃO:	ÓRG. EMISSOR: VINC:	FOTO
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	------

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

NOME		RF	
SEUS DADOS PESSOAIS ESTÃO DE ACORDO COM O CADASTRADO NA RECEITA FEDERAL ( ) SIM ( ) NÃO			
UTILIZAR NOME SOCIAL- Decreto nº 58.228/2018 ( ) SIM ( ) NÃO		NOME SOCIAL	
RG	REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE)	DATA DE EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR
CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL		DATA DE EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR
PIS/PASEP	ANO DO 1º EMPREGO	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL? ( ) SIM Nº: _____ ( ) NÃO	SÉRIE
CARTEIRA DE TRABALHO DIGITAL Nº _____		TÍTULO DE ELEITOR	ZONA
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO		Nº	CATEGORIA
DOCUMENTO MILITAR TIPO:		Nº	DATA DE EMISSÃO
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ( ) FEMININO ( ) MASCULINO	CIDADE DE NASCIMENTO	ESTADO
NOME DO PAI		REGIÃO MILITAR	
NOME DA MÃE		SITUAÇÃO	
ESTADO CIVIL		NOME DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO (A)	
POSSUI FILHOS? ( ) SIM ( ) NÃO		SÃO SEUS DEPENDENTES? ( ) SIM ( ) NÃO	
QUANTOS? _____		QUANTOS? _____	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO		CIDADE	
ESTADO		CEP	
<b>CONTATO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>FONE RESIDENCIAL: ( ) _____</li> <li>TEL CELULAR: ( ) _____</li> </ul>			
EMAIL: _____			
( ) AUTORIZO A PMSP ENVIAR COMUNICADOS PARA O MEU E-MAIL PESSOAL E/OU PELO MEU CELULAR.			
ASSINATURA DO DECLARANTE			

**2- SITUAÇÃO ESCOLAR**

	ENSINO FUNDAMENTAL		ENSINO MÉDIO		SUPERIOR				OUTROS	
	FUND. I	FUND. II	REGULAR	PROFISSIONALIZANTE	GRADUAÇÃO	PÓS GRAD.	MESTRADO	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- DECLARAÇÃO NOS TERMOS DO § 3º, ARTIGO 8, DO DECRETO Nº 62.219/2023.**

COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE

( ) AMARELA ( ) BRANCA ( ) INDÍGENA ( ) PARDA ( ) PRETA

**4- INGRESSO DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO ABAIXO:**

LEI Nº 13.398/2002 – LEGISLAÇÃO MUNICIPAL SOBRE ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CARGOS PÚBLICOS: ( ) SIM ( ) NÃO

**TIPO DE DEFICIÊNCIA:**

( ) FÍSICA- QUAL: \_\_\_\_\_

( ) SENSORIAL- QUAL: \_\_\_\_\_

( ) MENTAL- QUAL: \_\_\_\_\_

( ) OUTROS- QUAL: \_\_\_\_\_

DECRETO Nº 57.557/2016 - LEGISLAÇÃO MUNICIPAL SOBRE COTAS RACIAIS ( ) SIM ( ) NÃO

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

**5.1** ( ) NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP

**5.2** ( ) SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA  
( ) SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA

CARGO/ FUNÇÃO CATEGORIA FUNCIONAL  
( ) ADMITIDO ( ) EFETIVO ( ) CONTRATADO ( ) COMISSÃO ( ) CLT ( ) ELETIVO

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO (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 CARGO PADRÃO/ REFERÊNCIA DATA DE DESLIGAMENTO  
( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**5.3** ( ) FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA  
( ) FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA

CATEGORIA FUNCIONAL  
( ) ADMITIDO ( ) EFETIVO ( ) CONTRATADO ( ) COMISSÃO ( ) CLT ( ) ELETIVO

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO

EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO DATA DE DESLIGAMENTO  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**NO CARGO/ FUNÇÃO DE:**

MOTIVO DO DESLIGAMENTO  
( ) A PEDIDO ( ) POR CONVENIÊNCIA DA ADMINSTRITAÇÃO  
( ) SEM JUSTA CAUSA ( ) JUSTA CAUSA  
( ) TÉRMINO CONTRATUAL ( ) 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

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

<b>6.1</b>	<input type="checkbox"/> <b>NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO</b> FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, (MINISTÉRIO, SECRETARIA, AUTARQUIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES) MANTIDO POR ESSES PODERES		
<b>6.2</b>	<b>SOU SERVIDOR PÚBLICO</b> <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			
<b>CATEGORIA FUNCIONAL</b> <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO			
<b>LICENÇA:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE: ___/___/___ A ___/___/___		<b>FÉRIAS:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE: ___/___/___ A ___/___/___	
<b>AFASTAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PERÍODO DE ___/___/___ A ___/___/___		<b>TIPO DE AFASTAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> <b>COM PREJUÍZO</b> DE VENCIMENTOS <input type="checkbox"/> <b>SEM PREJUÍZO</b> DE VENCIMENTOS	
ESTOU RESPONDENDO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PROCESSO NÚMERO	

<b>6.3</b>	<b>FUI SERVIDOR PÚBLICO:</b> <input type="checkbox"/> DE OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL		
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO			
CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO			
<b>CATEGORIA FUNCIONAL</b> <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO			DATA DE DESLIGAMENTO ___/___/___
<b>MOTIVO DO DESLIGAMENTO</b> <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			
<b>SOU APOSENTADO</b> <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			
<b>SOU PENSIONISTA</b> <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- ACUMULAÇÃO DE CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS PÚBLICOS (LEIA COM ATENÇÃO ANTES DE PREENCHER OS DADOS)  
INFORMAÇÕES GERAIS IMPORTANTES:**

De acordo com o **artigo 37, Da Constituição Federal Brasileira**, a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

**XVI** - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:

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

**XVII** - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público;

**PROVENTOS DE APOSENTADORIA**

Também é lícita a acumulação de proventos de aposentadoria:

- I. com cargo eletivo ou em comissão;
- II. com outra aposentadorias desde que ambas decorrentes de cargos acumuláveis;
- III. com a remuneração de servidor ativo, se cargos acumuláveis.

**PENSÃO POR MORTE DE SERVIDOR X ACUMULAÇÃO**

Nestes casos as pensões representam o direito do beneficiário, como dependente de outro servidor (falecido), não caracterizando acumulação de cargos ou proventos pelo beneficiário da referida pensão.

**ATENÇÃO:** O Acumulo será considerado lícito havendo compatibilidade de cargos, horários e jornada quando se tratar de cargo, função e emprego público.

**7.1 – DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULO DE CARGO/ PROVENTOS**

**CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA, DECLARO QUE NÃO ACUMULAREI CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS FEDERAIS, ESTADUAIS, MUNICIPAIS (EM MINISTÉRIO, SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES)**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

**7.2- DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE CARGO: CIENTE DAS ORIENTAÇÕES DO ITEM 7 DECLARO QUE:**

<b>7.2.2</b>	<input type="checkbox"/> <b>ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS</b>		
<input type="checkbox"/> PMSP X PMSP	<input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	<input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL	<input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO		CATEGORIA FUNCIONAL
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO		CATEGORIA FUNCIONAL

<b>7.2.3</b>	<input type="checkbox"/> <b>ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS</b>		
<input type="checkbox"/> PMSP X PMSP	<input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	<input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL	<input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO		CATEGORIA FUNCIONAL
<b>APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO</b>	NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL

Fico ciente que deverei informar a esta unidade de recursos humanos sobre qualquer alteração, inclusive de jornada.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

**8. DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO FUNCIONAL COM EMPRESA PRIVADA**

**ATENÇÃO: A atividade desenvolvida em empresa da rede privada somente será lícita se houver compatibilidade com a jornada municipal.**

Nome da última ou atual empresa em que está trabalhando ou trabalhou

Data do desligamento

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**9- DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

DECLARO PARA FINS DE INGRESSO EM CARGO/ FUNÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, EM ATENDIMENTO AO INCISO V DO ARTIGO 11 DA LEI 8989/1979, COMBINADO COM O ARTIGO 2º DO DECRETO 16.174/1979, QUE:

POSSUO REGISTRO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS  SIM  NÃO

RESPONDO A INQUÉRITO POLICIAL OU PROCESSO CRIME  SIM  NÃO

**ESTOU CIENTE E DECLARO QUE, EM CONFORMIDADE COM O ARTIGO 4º DO DECRETO Nº 16.174/1979, CITADO ABAIXO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA REPRESENTAM A FIEL VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE SUA FALSIDADE OCASIONARÁ A NULIDADE DE MINHA NOMEAÇÃO E ATOS SUBSEQUENTES, BEM COMO QUALQUER INFORMAÇÃO QUE GERAR INTERPRETAÇÃO DÚBIA PODERÁ OCASIONAR ATRASO NO RECEBIMENTO DOS MEUS VENCIMENTOS, ATÉ SUA TOTAL REGULARIZAÇÃO**

**Art. 4º:** Verificada, a qualquer tempo, a ocorrência de fraude ou falsidade em prova documental ou declaração do interessado, a exigência será considerada como não satisfeita e sem efeito o ato praticado em consequência de sua apresentação ou juntada, devendo o órgão ou entidade dar conhecimento do fato à autoridade, dentro de 5 (cinco) dias para instauração do processo criminal.

SÃO PAULO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

**10- USO EXCLUSIVO DA URH/SUGESP (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)****INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS:

SIM  EXPEDIENTE Nº \_\_\_\_\_ DATA DOC LICITUDE \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
NÃO

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE PROVENTOS:

SIM  EXPEDIENTE Nº \_\_\_\_\_ DATA DOC LICITUDE \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
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\_\_\_\_

NOME: NOME SOCIAL: Nº DO RG: Nº DO CIN: REGISTRO: NUMERO DO CARGO: CARGO: SETOR: DATA DA PUBLICAÇÃO:	ÓRG. EMISSOR: VINC:	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		
SEUS DADOS PESSOAIS ESTÃO DE ACORDO COM O CADASTRADO NA RECEITA FEDERAL ( ) SIM ( ) NÃO						
UTILIZAR NOME SOCIAL- Decreto nº 58.228/2018 ( ) SIM ( ) NÃO			NOME SOCIAL			
RG	REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE)	DATA DE EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	CPF		
CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL		DATA DE EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF		
PIS/PASEP	ANO DO 1º EMPREGO	CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL? ( ) SIM Nº: _____ ( ) NÃO		SÉRIE	UF	
CARTEIRA DE TRABALHO DIGITAL		TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	
Nº _____						
POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO		Nº	CATEGORIA	VALIDADE	UF	
DOCUMENTO MILITAR		Nº	DATA DE EMISSÃO __/__/__	CATEGORIA	REGIÃO MILITAR	SITUAÇÃO
TIPO:						
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO ( ) FEMININO ( ) MASCULINO	CIDADE DE NASCIMENTO		ESTADO	NACIONALIDADE	ANO DE CHEGADA AO BRASIL
NOME DO PAI						
NOME DA MÃE						
ESTADO CIVIL			NOME DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO (A)			
POSSUI FILHOS? ( ) SIM ( ) NÃO			SÃO SEUS DEPENDENTES? ( ) SIM ( ) NÃO			
QUANTOS? _____			QUANTOS? _____			
ENDEREÇO RESIDENCIAL						
BAIRRO			CIDADE			
ESTADO			CEP			
<b>CONTATO</b>						
• FONE RESIDENCIAL: ( ) _____						
• TEL CELULAR: ( ) _____						
EMAIL: _____						
( ) AUTORIZO A PMSP ENVIAR COMUNICADOS PARA O MEU E-MAIL PESSOAL E/OU PELO MEU CELULAR.						
SEGES/COGEP/DRH-Divisão de Eventos Funcionais-DISP/AF					ASSINATURA DO DECLARANTE	

**2- SITUAÇÃO ESCOLAR**

	ENSINO FUNDAMENTAL		ENSINO MÉDIO		SUPERIOR				OUTROS
	FUND. I	FUND. II	REGULAR	PROFISSIONALIZANTE	GRADUAÇÃO	PÓS GRAD.	MESTRADO	DOUTORADO	
COMPLETO									
INCOMPLETO									
PROFISSIONALIZANTE							ENTIDADE		
TÍTULO SUPERIOR							ENTIDADE		
DATA DA CONCLUSÃO ___/___/___			DATA DE COLAÇÃO DE GRAU ___/___/___						
CONSELHO				Nº DO REGISTRO			DATA DE EMISSÃO DO REGISTRO ___/___/___		
DIPLOMAS APRESENTADOS									

**3- DECLARAÇÃO NOS TERMOS DO § 3º, ARTIGO 8, DO DECRETO Nº 62.219/2023.**

COR DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO IBGE

( ) AMARELA      ( ) BRANCA      ( ) INDÍGENA      ( ) PARDA      ( ) PRETA

**4- INGRESSO DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO ABAIXO:**

LEI Nº 13.398/2002 – LEGISLAÇÃO MUNICIPAL SOBRE ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CARGOS PÚBLICOS: ( ) SIM ( ) NÃO

**TIPO DE DEFICIÊNCIA:**

( ) FÍSICA- QUAL: \_\_\_\_\_

( ) SENSORIAL- QUAL: \_\_\_\_\_

( ) MENTAL- QUAL: \_\_\_\_\_

( ) OUTROS- QUAL: \_\_\_\_\_

DECRETO Nº 57.557/2016 - LEGISLAÇÃO MUNICIPAL SOBRE COTAS RACIAIS ( ) SIM ( ) NÃO

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

**5.1** ( ) **NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP**

**5.2** ( ) **SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA**  
( ) **SOU SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA**

CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL ( ) ADMITIDO ( ) EFETIVO ( ) CONTRATADO ( ) COMISSÃO ( ) CLT ( ) ELETIVO		
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO (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: ( ) <b>COM PREJUÍZO</b> DE VENCIMENTOS ( ) <b>SEM PREJUÍZO</b> 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 ___/___/___

**5.3** ( ) **FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO INDIRETA**  
( ) **FUI SERVIDOR PÚBLICO DA PMSP ADMINISTRAÇÃO DIRETA**

**CATEGORIA FUNCIONAL**  
( ) ADMITIDO ( ) EFETIVO ( ) CONTRATADO ( ) COMISSÃO ( ) CLT ( ) ELETIVO

DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO

EXONERADO/ DISPENSADO / RESCISÃO

**NO CARGO/ FUNÇÃO DE:** DATA DE DESLIGAMENTO  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

MOTIVO DO DESLIGAMENTO

( ) A PEDIDO ( ) POR CONVENIÊNCIA DA ADMINSTRAÇÃO  
( ) SEM JUSTA CAUSA ( ) JUSTA CAUSA ( ) NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO  
( ) TÉRMINO CONTRATUAL ( ) POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR ( ) OUTROS

<b>SOU APOSENTADO</b> ( ) SIM ( ) NÃO	EM ___/___/___	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO ( ) Regime Próprio de Previdência Social ( ) Regime Geral de Previdência Social
------------------------------------------	----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARGO/FUNÇÃO

<b>SOU PENSIONISTA</b> ( ) SIM ( ) NÃO	Nº DO REGISTRO	TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO ( ) Regime Próprio de Previdência Social ( ) Regime Geral de Previdência Social
-------------------------------------------	----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

<b>6.1</b>	<input type="checkbox"/> <b>NUNCA FUI SERVIDOR PÚBLICO</b> FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, (MINISTÉRIO, SECRETARIA, AUTARQUIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES) MANTIDO POR ESSES PODERES		
<b>6.2</b>	<b>SOU SERVIDOR PÚBLICO</b>	<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			
<b>CATEGORIA FUNCIONAL</b> <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO			
<b>LICENÇA:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>FÉRIAS:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
PERÍODO DE: ___/___/___ A ___/___/___		PERÍODO DE: ___/___/___ A ___/___/___	
<b>AFASTAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>TIPO DE AFASTAMENTO:</b> <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	

<b>6.3</b>	<b>FUI SERVIDOR PÚBLICO:</b> <input type="checkbox"/> DE OUTRO MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL		
DENOMINAÇÃO DO ÓRGÃO			
CARGO / FUNÇÃO / EMPREGO			
<b>CATEGORIA FUNCIONAL</b> <input type="checkbox"/> ADMITIDO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ELETIVO			<b>DATA DE DESLIGAMENTO</b> ___/___/___
<b>MOTIVO DO DESLIGAMENTO</b> <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 <input type="checkbox"/> TÉRMINO CONTRATUAL <input type="checkbox"/> POR PROCEDIMENTO DISCIPLINAR			
<b>SOU APOSENTADO</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EM ___/___/___	<b>TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO</b> <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social
CARGO / FUNÇÃO			
<b>SOU PENSIONISTA</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Nº DO REGISTRO	<b>TIPO DE REGIME PREVIDENCIÁRIO</b> <input type="checkbox"/> Regime Próprio de Previdência Social <input type="checkbox"/> Regime Geral de Previdência Social

**7- ACUMULAÇÃO DE CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS PÚBLICOS (LEIA COM ATENÇÃO ANTES DE PREENCHER OS DADOS)  
INFORMAÇÕES GERAIS IMPORTANTES:**

De acordo com o **artigo 37, Da Constituição Federal Brasileira**, a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

**XVI** - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:

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

**XVII** - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público;

**PROVENTOS DE APOSENTADORIA**

Também é lícita a acumulação de proventos de aposentadoria:

- IV. com cargo eletivo ou em comissão;
- V. com outra aposentadorias desde que ambas decorrentes de cargos acumuláveis;
- VI. com a remuneração de servidor ativo, se cargos acumuláveis.

**PENSÃO POR MORTE DE SERVIDOR X ACUMULAÇÃO**

Nestes casos as pensões representam o direito do beneficiário, como dependente de outro servidor (falecido), não caracterizando acumulação de cargos ou proventos pelo beneficiário da referida pensão.

**ATENÇÃO:** O Acumulo será considerado lícito havendo compatibilidade de cargos, horários e jornada quando se tratar de cargo, função e emprego público.

**7.1 – DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULO DE CARGO/ PROVENTOS**

**CIENTE DAS INFORMAÇÕES ACIMA, DECLARO QUE NÃO ACUMULAREI CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS FEDERAIS, ESTADUAIS, MUNICIPAIS (EM MINISTÉRIO, SECRETARIA, EMPRESA PÚBLICA, FUNDAÇÃO, PODER JUDICIÁRIO OU LEGISLATIVO OU OUTROS ENTES)**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

**7.2- DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE CARGO: CIENTE DAS ORIENTAÇÕES DO ITEM 7 DECLARO QUE:**

<b>7.2.2</b>	<input type="checkbox"/> <b>ACUMULAREI AS SEGUINTE ATIVIDADES PÚBLICAS</b>		
<input type="checkbox"/> PMSP X PMSP	<input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	<input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL	<input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL	
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL	

<b>7.2.3</b>	<input type="checkbox"/> <b>ACUMULAREI A SEGUINTE ATIVIDADE E PROVENTOS PÚBLICOS</b>		
<input type="checkbox"/> PMSP X PMSP	<input type="checkbox"/> PMSP X OUTRO MUNICÍPIO	<input type="checkbox"/> PMSP X ESTADUAL	<input type="checkbox"/> PMSP X FEDERAL
NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL	
<b>APOSENTADORIA PELO SERVIÇO PÚBLICO</b>	NOME DA UNIDADE	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL

Fico ciente que deverei informar a esta unidade de recursos humanos sobre qualquer alteração, inclusive de jornada.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

**8. DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO FUNCIONAL COM EMPRESA PRIVADA**

**ATENÇÃO: A atividade desenvolvida em empresa da rede privada somente será lícita se houver compatibilidade com a jornada municipal.**

NOME DA ÚLTIMA ou ATUAL EMPRESA EM QUE está TRABALHANDO OU TRABALHOU \_\_\_\_\_ Data do desligamento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**9- DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES**

**(OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)**

DECLARO PARA FINS DE INGRESSO EM CARGO/ FUNÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, EM ATENDIMENTO AO INCISO V DO ARTIGO 11 DA LEI 8989/1979, COMBINADO COM O ARTIGO 2º DO DECRETO 16.174/1979, QUE:

POSSUO REGISTRO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS  SIM  NÃO  
RESPONDO A INQUÉRITO POLICIAL OU PROCESSO CRIME  SIM  NÃO

**ESTOU CIENTE E DECLARO QUE, EM CONFORMIDADE COM O ARTIGO 4º DO DECRETO Nº 16.174/1979, CITADO ABAIXO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA REPRESENTAM A FIEL VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE SUA FALSIDADE OCASIONARÁ A NULIDADE DE MINHA NOMEAÇÃO E ATOS SUBSEQUENTES, BEM COMO QUALQUER INFORMAÇÃO QUE GERAR INTERPRETAÇÃO DÚBIA PODERÁ OCASIONAR ATRASO NO RECEBIMENTO DOS MEUS VENCIMENTOS, ATÉ SUA TOTAL REGULARIZAÇÃO**

**Art. 4º:** Verificada, a qualquer tempo, a ocorrência de fraude ou falsidade em prova documental ou declaração do interessado, a exigência será considerada como não satisfeita e sem efeito o ato praticado em consequência de sua apresentação ou juntada, devendo o órgão ou entidade dar conhecimento do fato à autoridade, dentro de 5 (cinco) dias para instauração do processo criminal.

SÃO PAULO, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

**10- USO EXCLUSIVO DA URH/ SUGESP (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)****INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS: SIM ( ) EXPEDIENTE Nº \_\_\_\_\_ DATA DOC LICITUDE \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
NÃO ( )

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

**ESTA DISP/AF FOI RECEBIDA E CONFERIDA**

**POR:**

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA



CIDADE DE  
SÃO PAULO

CIDADE DE SÃO PAULO  
COMUNICADO DE INÍCIO DE EXERCÍCIO  
SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE \_\_\_\_\_

NOME:  
NOME SOCIAL:  
Nº DO RG:  
Nº DO CIN:  
REGISTRO:  
NÚMERO DO CARGO:  
CARGO:  
SETOR:  
DATA DA PUBLICAÇÃO:

ÓRG. EMISSOR:  
VINC:

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-Offício" ( ) Concurso - Acesso ( ) em Comissão ( ) \_\_\_\_\_

**1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

Nome: \_\_\_\_\_ RF \_\_\_\_\_ vínculo \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Ref/ Simb.: \_\_\_\_\_

**2 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

**Prefixo**

Secretaria/Subprefeitura: \_\_\_\_\_

Subsecretaria: \_\_\_\_\_

Departamento/Coordenadoria: \_\_\_\_\_

Divisão/Supervisão: \_\_\_\_\_

Seção: \_\_\_\_\_

Estrutura Hierárquica: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

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 A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA É:

##### 3.1-LÍCITO, por tratar-se de:

3.1.1 02 (dois) cargos de professor, conforme o Art. 37, inciso XVI letra "a" da Constituição Federal CF/1988;

3.1.2 01 (um) cargo de professor com outro técnico ou científico, conforme o Art. 37, inciso XVI letra "b" da Constituição Federal CF/1988;

3.1.3 02 (dois) cargos privativos de profissionais de saúde com profissões regulamentadas, conforme o Art. 37, inciso XVI letra "c" da Constituição Federal CF/1988 e a Emenda Constitucional 34/2001;

3.1.4 Proventos, conforme o § 10 da Constituição Federal CF/1988 e a Emenda Constitucional 20/1998.

##### 3.2 – ILÍCITO, por tratar-se de:

3.2.1 **Incompatibilidade** de horários;

3.2.2 **Não** se enquadrar nas exceções previstas no artigo 37, inciso XVI da Constituição Federal CF/1988;

3.2.3 **Enquadrar-se** 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:

02 (dois) cargos de professor;

01 (um) cargo de professor com outro técnico ou científico;

02 (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 abrange empregos e funções públicas nas autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público.

### **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.

### **5.8 – DECLARAÇÃO ANUAL DE ACÚMULO DE CARGOS**

Anualmente todos os servidores municipais no exercício de mandatos, cargos, funções ou empregos em órgãos da administração direta e indireta, desde que acumulem vínculos, devem efetuar a Declaração Anual de Acúmulo de Cargos.

### **5.9 – DESLOCAMENTO ENTRE VÍNCULOS ACUMULÁVEIS**

Considerando a compatibilidade de horários, ainda que permitido o acúmulo de cargo, deve-se analisar o tempo de deslocamento entre os vínculos, respeitando um intervalo mínimo e viável para que não haja prejuízo na execução de nenhuma jornada de trabalho.

### **5.10 – DESCANSO ENTRE JORNADAS DE TRABALHO ACUMULÁVEIS**

Considerando o descanso viável e necessário entre as jornadas, ainda que permitido o acúmulo de cargo, deve-se analisar o tempo do descanso entre os vínculos acumuláveis.



**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: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ 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)

- |                            |         |         |
|----------------------------|---------|---------|
| 1- É Pontual               | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2- É Decorrente do Acúmulo | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3- Tem faltas habituais    | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 4- 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 41.282 art. 1º inciso II.

OBS. Adicionais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata

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

Unidade de trabalho: \_\_\_\_\_ EH: \_\_\_\_\_

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 16.122/2015

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.

**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: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ R.F.: \_\_\_\_\_ VINC. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Secretaria/ Sub Prefeitura: \_\_\_\_\_

Data de Nomeação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Classificação: \_\_\_\_\_ Data da Posse: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**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** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE \_\_\_\_\_

DECLARAÇÃO

Eu, .....  
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

## EXPEDIENTE DE DESIGNAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO

SECRETARIA/SUBPREFEITURA/DRE \_\_\_\_\_

<b>1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE</b>															
SECRET/SUBPREF:															
DEPARTAMENTO:															
DIVISÃO:															
SEÇÃO:															
<b>2 – IDENTIFICAÇÃO DO CARGO PARA O QUAL SE DESIGNA</b>															
CARGO:				E.H.:											
REF./SÍMB. DO CARGO:			CARGO:			PROV.:									
FORMA DE PROVIMENTO:															
EXIGÊNCIA DO CARGO:															
<b>3 - IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR:</b>															
NOME:															
NOME SOCIAL:															
R.F.:			VÍNC.:			REF./SÍMB.:			E.H.:						
CARGO/FUNÇÃO:															
CAT.FUNCIONAL:	( ) EFETIVO      ( ) ADMITIDO      ( ) COMISSÃO														
<b>4 – MOTIVO DO AFASTAMENTO DO TITULAR:</b>															
<b>5 – IDENTIFICAÇÃO DO INDICADO</b>															
NOME:															
NOME SOCIAL:															
R.F.:				VÍNC.:				REF./SÍMB.:				E.H.:			
CARGO/FUNÇÃO:															
CAT.FUNCIONAL:	( ) EFETIVO      ( ) ADMITIDO      ( ) COMISSÃO														
ESCOLARIDADE:						NOME DO CURSO:									
HABILITAÇÃO:															
<b>6 – PERÍODO DE DESIGNAÇÃO:</b>															
<b>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 58.776/2019 e 58.432/2020</b>															
PRESTOU DECLARAÇÃO DE BENS NOS TERMOS DOS DECRETOS MUNICIPAIS Nº s e 58.776/2019 e 58.432/2020															
( ) 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/Símbolo ....., a **partir de**

...../...../.....

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE



Anexo Único da Resolução COMAP nº 01 de 2024, com fundamento na Lei nº 17.910/2023.

## DECLARAÇÃO

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

NOME: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

RG/CIN/RNE/RF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO: \_\_\_\_\_

SECRETARIA/SUBPREFEITURA: \_\_\_\_\_

### 2. DECLARAÇÃO

**DECLARO** ter conhecimento do teor da Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023, que veda a nomeação de pessoa condenada, por sentença criminal com trânsito em julgado, fundamentada na Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para exercer cargo ou emprego público no Município de São Paulo, no âmbito da Administração Direta e Indireta, e que:

( ) **não incorro** na vedação previstas na Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023.

( ) **incorro** na vedação previstas na Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023.

( ) **tenho dúvidas** se incorro ou não na vedação prevista na Lei Municipal nº 17.910 de 17 de janeiro de 2023, por essa razão, apresento os documentos, certidões e informações complementares que entendo necessários à verificação da vedação

**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.

### 3. AUTORIZAÇÃO

**DECLARO** ter conhecimento e autorizo a realização de consultas de natureza judiciais, extrajudiciais e demais certidões pessoais, ressalvado o disposto do Decreto Municipal nº 59.767, de 15 de setembro de 2020, que regulamenta, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, no âmbito da Administração Pública Municipal.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do interessado/servidor

RG/CIN/RNE/RF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Anexo Único da Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020-  
Declaração Pública de Bens  
(Art. 1º, incisos I e II, da Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020)**

**1.**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**NOME SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**RG/CIN/RNE/RF:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**CARGO/FUNÇÃO:** \_\_\_\_\_

**ÓRGÃO/ENTE:** \_\_\_\_\_

**DIRIGENTE**

Venho, em cumprimento ao disposto no artigo 83, inciso V, da Lei Orgânica do Município de São Paulo, artigos 8º e 9º do Decreto nº 59.432, de 13 de maio de 2020, apresentar declaração pública de bens, na forma preconizada na Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020 e normas complementares, em razão do:

início de mandato/exercício acima mencionado

término do mandato/exercício ou função acima mencionado

**OCUPANTE DE CARGO EM COMISSÃO QUE CHEFIA  
DEPARTAMENTO DE COMPRAS**

Venho, em cumprimento ao disposto no artigo 1º da Lei nº 13.138, de 12 de junho de 2001 e artigo 13 do Decreto nº 59.432, de 13 de maio de 2020, apresentar declaração pública de bens, na forma preconizada na Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020 e normas complementares, em razão do:

início de mandato/exercício ou função acima mencionado

término do mandato/exercício ou função acima mencionado

<b>BENS</b>	<b>VALOR EM REAL *</b>
Imóveis	
Móveis e Semoventes	
Dinheiro, Títulos, Ações e Aplicações financeiras	
Outros bens	
Bens e valores do cônjuge ou companheiro (a), filhos e demais dependentes econômicos	
* Não havendo valores a declarar, deverá constar a expressão "Nada a declarar" no campo "Valor em real".	

**2.**

**Declaro** estar ciente das regras para preenchimento deste formulário e ter conhecimento das formas de esclarecer minhas dúvidas, para que não sejam enviadas informações imprecisas, incorretas ou incoerentes.

**Declaro**, sob as penas da lei, em especial as previstas na Lei Federal nº 8.429, de 02 junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Agente Público: \_\_\_\_\_



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**

**TERMO DE CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS ENTREGUES PARA A FORMALIZAÇÃO DE INGRESSO CARGO EM COMISSÃO**

Termo para conferência e seleção dos documentos de posse apresentados pelo servidor ingressante antes da anexação no prontuário.

**IDENTIFICAÇÃO**

<b>NOME:</b> _____	<b>RF:</b> _____
<b>NOME SOCIAL:</b> _____	
<b>CARGO/FUNÇÃO/ EMPREGO</b> _____	
<b>SECRETARIA/SUBPREFEITURA:</b> _____	

( ) COM VÍNCULO ANTERIOR      ( ) SEM VÍNCULO ANTERIOR

**1- Documentos Pessoais:**

Cédula de Identidade - RG ou Carteira de Identidade Nacional - CIN
Carta de Igualdade de Direitos (se nacionalidade portuguesa)
Registro Nacional de Estrangeiro - RNE ou Carteira de Registro Nacional Migratório - CRNM
Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas - CPF
Comprovante de PIS/PASEP (se já inscrito)
Título de Eleitor, comprovante de votação ou quitação eleitoral se for o 1º vínculo
Certificado de Reservista ou Certificado de Alistamento Militar constando Dispensa (para candidatos com idade inferior a 46 anos, do sexo masculino)
Declaração de inclusão e uso do nome Social nos termos dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 58.228/18.
Duas fotos 3x4

**2- Documentos de Posse**

<b>DISP</b> – Declaração para Ingresso no Serviço Público- todos os campos estão preenchidos, assinados pelo ingressante e pelo Agente formalizador da posse;
<b>DISP-AF</b> – Declaração de Alteração da Situação Funcional- todos os campos estão preenchidos, assinados pelo ingressante e pelo Agente formalizador da posse;
<b>Termo de Posse</b> - todos os campos estão preenchidos assinados pelo ingressante e pelo responsável pela URH);
<b>Comunicado de Início de Exercício</b> - todos os campos estão preenchidos, assinados e carimbado pela Chefia Imediata;
<b>Publicação nomeação</b>
<b>Comprovante de Conta Bancária</b>
Atestado Médico de Capacidade Laborativa devida assinado
A Escolaridade exigida de acordo com o provimento do cargo em comissão
<b>Comprovante de endereço residencial</b> em nome do nomeado, no Município de São Paulo ou na Grande São Paulo.
Solicitação de autorização para residir fora do Município de São Paulo, nos termos do Decreto Municipal nº 16.644/1980.
O ingressante é ex- servidor de Outros órgãos Públicos e consta o documento que comprova o motivo da demissão, dispensa ou exoneração para verificação de eventuais impedimentos do exercício de cargo público.
<b>Declaração</b> nos termos do parágrafo 1º, 2º e 3º, inciso I do artigo 3º do Decreto Municipal 53.177/2012.
Formulário de Informação de Vínculos de Familiares nos termos do Anexo I do Decreto

50.898/2009.
Expediente de Acúmulo de Cargos (quando for o caso)
Atestado de Horário (quando for o caso)
Anexo Único da Resolução COMAP nº 01 de 2024, com fundamento na Lei nº 17.910/2023.
Anexo Único da Portaria Conjunta CGM-SG nº 01/2020- Declaração Pública de Bens
Foi conferido no SISPATRI que o ingressante prestou a Declaração de Bens e Valores nos termos do Decreto Municipal nº 58.776/2019, combinado com o Decreto Municipal nº 59.432/2020.
Formulário de Prorrogação de prazo para posse/Início de Exercício (quando for o caso)
O ingresso foi submetido à avaliação Jurídica e consta conclusão para a formalização do ingresso
Os documentos entregues em xerocópias estão com o “visto confere” do Agente Formalizador da posse.

**Formulário preenchido pelo responsável da formalização do ingresso:**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e Assinatura do responsável – URH/SUGESP/DRE**