

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 1/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

Classificação:

- Gabinete Provisão de Recursos Humanos
- Aplicação de Recursos Humanos
- Manutenção de Recursos Humanos
- Desenvolvimento de Recursos Humanos
- Monitoração de Recursos Humanos

ÍNDICE

- [1. OBJETIVO](#)
- [2. ABRANGÊNCIA](#)
- [3. REFERÊNCIA](#)
- [4. DEFINIÇÕES](#)
- [5. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES](#)
- [6. REGISTROS E DOCUMENTOS](#)
- [7. ANEXOS](#)

<i>Revisão</i>	<i>Alteração</i>

Elaborado por: CRH/GGP	/ /	Aprovado por: CRH/GGP	/ /
---------------------------	-----	--------------------------	-----

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 2/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

1. OBJETIVO

Capacitar o leitor para o entendimento amplo dos institutos da posse e do exercício dando suporte suficiente à execução das tarefas necessárias.

2. ABRANGÊNCIA

Área de Administração de pessoal

3. REFERÊNCIA

Constituição Federal de 1988 - artigo 37, inciso II;

Constituição do Estado de São Paulo;

Lei Estadual nº 10.261/1968 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de São Paulo;

Lei nº 500/1974;

Lei Complementar nº 180/1978;

Lei Complementar nº 1.080/2008;

Lei Complementar nº 1.093/2009;

Lei complementar nº 1.157/2011;

Lei complementar nº 1.193/13;

Súmula 16 do STF;

Súmula 266 STJ.

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 3/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

4. DEFINIÇÕES

4.1 NOMEAÇÃO - É a forma de provimento de cargo público. No âmbito do Estado de São Paulo, a nomeação é ato formal, cuja competência é privativa do Governador do Estado e veiculada por Decreto.

4.2 NOMEAÇÃO EM CARÁTER EFETIVO E EM COMISSÃO - A nomeação pode se dar em caráter efetivo quando se tratar de candidatos habilitados em concurso público para integrar os Quadros permanentes da instituição ou em comissão nos casos de provimento de cargos declarados em lei de livre nomeação e exoneração, sem necessidade de habilitação em concurso público.

4.3 POSSE – É o ato que investe o cidadão em cargo público. É a investidura do novo servidor em cargo ou função pública, fazendo-o nascer para funcionalismo público. É o ato formal pelo qual a autoridade competente (governador), por meio de decreto, nomeia um candidato previamente aprovado em concurso público de provas ou de provas e títulos para exercer um cargo ou função pública, para todas as categorias de servidores podendo ser efetivo ou comissionado.

4.4 PRAZO PARA POSSE - O prazo para a posse é de até 30 dias, contados da data da publicação da nomeação no Diário Oficial do Estado. Este prazo pode ser prorrogado uma única vez por igual período, mediante requerimento do interessado. Se a posse não se verificar dentro do prazo, o ato de provimento será tornado sem efeito.

4.5 POSSE POR PROCURAÇÃO - A posse pode se tomada por procuração quando se tratar de funcionário ausente do estado ou em casos especiais, a critério da autoridade competente.

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 4/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

4.6 EXERCÍCIO – É o ato pelo qual o servidor assume as atribuições e responsabilidades do cargo.

4.7 PRAZO PARA EXERCÍCIO - O exercício deve se verificar no prazo de até 30 dias, contados da data da posse. Este período pode ser prorrogado por 30 dias, mediante requerimento do interessado e a juízo da autoridade competente. Caso o servidor não entre em exercício no prazo legal será exonerado, nos termos do §4º do artigo 60 da Lei nº 10.261/68.

4.8 CARGO PÚBLICO – É o conjunto de atribuições e responsabilidades incumbidas a um servidor. O cargo público é criado por lei, com denominação própria e vencimentos pagos pelos cofres públicos.

4.9 FUNÇÃO PÚBLICA – É o conjunto de atribuições e atividades conferidas aos agentes públicos, abrangendo a função temporária e a função de confiança. Em geral, regem-se pela Consolidação das Leis do Trabalho ou pelo regime administrativo especial.

4.10 ANUÊNCIA – É o ato pelo qual o aprovado em concurso público concorda expressamente com as condições do concurso para o qual foi aprovado.

4.11 ADMISSÃO – É o ato pelo qual a Administração contrata servidores, por prazo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

4.12 CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO – É o contrato celebrado entre a Administração e o interessado, aprovado em processo seletivo simplificado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, com prazo de término previamente estipulado.

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 5/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

5.1 Posse para cargos efetivos e de livre nomeação/exoneração

5.1.1 Após a anuência, a área responsável pela seleção encaminha para o setor de recursos humanos – RH, a ficha cadastral do candidato habilitado, quando se tratar de cargo efetivo;

5.1.2 O RH acompanha a publicação da nomeação do candidato habilitado, a fim de comunicá-lo via e-mail, telegrama ou telefonema;

5.1.3 O RH passará a providenciar, até o primeiro dia útil subsequente ao da publicação da nomeação, o cadastro do candidato nomeado no sistema eletrônico do Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo DPME, no endereço eletrônico: <http://periciasmedicas.gestao-publica.sp.gov.br/eSisla/> inserindo os dados pessoais do candidato nomeado para que o mesmo esteja habilitado a anexar os documentos exigidos para o agendamento da perícia;

5.1.4 O candidato nomeado deve anexar todos os documentos no site do DPME, no prazo de dez dias corridos a partir da data da publicação da nomeação.

5.1.5 O RH deve certificar-se de que o candidato habilitado terá condições de realizar o agendamento da perícia médica.

5.1.6 O RH deve acompanhar a publicação do local e data da perícia médica e comunicar o candidato;

5.1.7 Após a decisão do DPME (apto/inapto), em caso de publicação de APTO, o RH convocará o candidato para a posse do cargo, que terá o prazo máximo de até 30 (trinta) dias a partir da data de publicação.

5.1.8 No caso de cargo em **comissão não será realizada a perícia médica.**

Observação: Nos termos do art. 51, da Lei 10.261/68, é imprescindível conferir a autenticidade da documentação exigida para a investidura no cargo, bem como, conferir se foram entregues todos os documentos exigidos bem como se o interessado preenche todos os requisitos para prover o cargo.

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 6/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

5.1.9 ELEMENTOS DO PROCESSO – O processo é formalizado e instruído com os seguintes formulários e documentos obrigatórios:

5.1.10 O RH deve receber e conferir a autenticidade da documentação exigida para a investidura no cargo, CÓPIA e ORIGINAL, colocando o carimbo de confere com o original dos documentos relacionados abaixo:

- Diploma ou Certificado de escolaridade exigido para o cargo devidamente assinado pelo diplomado (a cópia deverá, obrigatoriamente, conter a frente e o verso do Diploma ou Certificado);
- Registro no conselho de classe, quando exigido por lei;
- Carteira de Identidade / Registro Geral (Imprescindível para fins de pagamento);
- Cadastro de Pessoa Física/CPF;
- Prova de habilitação no concurso ou processo seletivo, quando for o caso;
- Título de Eleitor, com comprovante de votação nas duas últimas votações ou Certidão de Quitação Eleitoral impressa no sítio www.tse.jus.br;
- Certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, para os candidatos do sexo masculino até 45 anos;
- Certidão de Casamento (ou Averbação de Divórcio, ou Certidão de União Estável), Carteira de Identidade/RG e Cadastro de Pessoa Física/CPF do cônjuge ou companheiro(a);
- Certidão de nascimento e Cadastro de Pessoa Física/CPF dos filhos dependentes;
- Cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou Declaração de Bens, em caso de isenção;
- Carteira de Trabalho constando a data do primeiro emprego;
- Certidão Negativa da Fazenda Estadual;
- Em caso de outro vínculo empregatício, trazer declaração com a carga horária;
- Para estrangeiro, todas as páginas do passaporte e visto de permanência no Brasil;
- Cópia do PIS/PASEP ou NIT;
- Comprovante de endereço, em nome do candidato, do cônjuge ou dos pais, com data de emissão inferior a três meses (conta de consumo ou contrato de locação). Caso não possua nenhum dos comprovantes citados acima, o candidato deverá providenciar declaração do titular do comprovante de residência, com assinatura autenticada em cartório, bem como a cópia do comprovante de residência, juntamente com o original;

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 7/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

- Número de conta bancária no Banco do Brasil (caso o servidor ainda não tenha conta nesse Banco, deverá providenciar a abertura de conta corrente ou conta salário no Banco do Brasil, a qual deverá ser individual);
- Se o exercício das atividades do servidor se der em condições insalubres, providenciar Requerimento de Adicional de Insalubridade;

5.1.11 No momento da posse, o nomeado ainda deverá apresentar:

- Declaração de que não exerce ou exerceu outro cargo público ou, caso exerça, juntar a declaração de acúmulo de cargos;

Observação: *Se o candidato já for servidor público e não existir a possibilidade de acumulação de cargos públicos, somente poderá tomar posse apresentando solicitação de vacância ou exoneração.*

Caso tenha exercido outro cargo apresentar, quando for o caso, as seguintes declarações:

- Declaração de que é aposentado, quando for o caso;
- Declaração de Cientificação, constando informações sobre Recadastramento;
- Declaração de que não é aposentado por invalidez;
- Declaração de que não se encontra no usufruto de licenças concedidas a servidores públicos federais, estaduais e/ou municipais;
- Declaração de não ter sofrido, no exercício da função pública, penalidade ou sanção por transgressão disciplinar praticada na Administração Pública direta, autárquica ou fundacional, empresas públicas ou sociedade de economia mista no âmbito do poder municipal, estadual ou federal;

Nos demais casos, apresentar as seguintes declarações:

- Declaração de que não exerce gerência ou administração de empresa industrial ou comercial que não seja de caráter cultural ou educacional;
- Requisição de salário-família para servidores de baixa renda com filho de até 14 (quatorze) anos de idade ou inválido de qualquer idade (Vide Cartilha n.º 10 Benefícios);
- Declaração de encargos de família para fins de Imposto de Renda, caso queira declarar algum dependente legal;
- Declaração de Boa Conduta;
- Declaração de Ciência do Prazo da Inclusão de Agregados (duas vias, ficando uma delas com o servidor);

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 8/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

- Termo de Ciência e Notificação do Tribunal de Contas (duas vias) (somente para efetivos);
- Recadastramento, comprovante de votação, declaração anual de bens, tempo de serviço em outro órgão estadual - Modelo 101 (2 vias, uma entregue ao candidato);
- Título de nomeação - este é feito posteriormente quando já se tem todas as informações necessárias do candidato. Finalizado o título de nomeação que é confeccionado após o exercício, este é encaminhado para assinatura e em seguida para a Secretaria da Fazenda para cadastro e averbação do documento que retorna e é incluído no prontuário do funcionário;
- Ficha limpa (somente para cargos em comissão);
- Súmula 13 (somente para cargos em comissão);
- Boa conduta (somente para cargos em comissão);
- Ofício de apresentação;

5.1.12 O RH deve abrir um prontuário e anexar a documentação entregue pelo servidor, juntamente com a publicação de APTO no Diário Oficial do Estado;

5.1.13 Após todos os passos anteriores, a autoridade deve lavrar o termo de posse com a assinatura do candidato nomeado e da autoridade responsável pelo documento.

5.1.14 Providenciar Ofício de Apresentação do servidor, a ser entregue à chefia imediata após a posse, para informação da data de exercício e horário de trabalho.

5.1.15 No caso de acumulação de cargos, só poderá entrar em exercício após a publicação do ato decisório no DOE. (VER POP ACUMULO DE CARGOS)

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 9/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

5.2 Contratação por tempo determinado (CTD)

ADMISSÃO

A Lei Complementar nº 1.093, de 16 de julho de 2009, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado (CTD), de que trata o inciso X do artigo 115 da Constituição Estadual, determina que a admissão deva ser precedida de habilitação em concurso público de provas, de provas e títulos ou, eventualmente, de processo seletivo. O prazo máximo para contratação é de 12 (doze) meses. É aplicada em casos de contratação de CTD (Contrato por Tempo Determinado) e temporário.

5.2.1 O candidato habilitado deve apresentar-se na área de administração de pessoal munido da documentação informada pela área de Recrutamento e Seleção;

5.2.2 O candidato habilitado terá 2 (dois) dias úteis, a contar da convocação, para realizar o exame médico admissional e entregá-lo a administração de pessoal para assinatura do contrato de trabalho e da documentação;

5.2.3 A administração de pessoal deve receber a documentação apresentada pelo candidato e conferi-la com os originais apresentados:

- Cédula de Identidade RG;
- Cadastro de Pessoa Física CPF;
- Certidão de nascimento ou de casamento, com as respectivas averbações, quando for o caso;
- Título de eleitor e comprovante de votação da última eleição (1º e 2º turno, se for o caso) ou certidão de quitação eleitoral do TRE;
- Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 (dezoito) anos;
- Certificado de reservista ou de dispensa da incorporação, para candidatos do sexo masculino;
- Certidão de naturalização em caso de estrangeiro;
- Comprovante de residência (conta de consumo);
- Comprovante de escolaridade;
- Comprovante contendo o número de agência e conta corrente individual no Banco do Brasil. Caso não seja correntista no referido banco, deverá solicitar requerimento para abertura de conta;
- Declaração de acúmulo de cargos quando for o caso;
- Declaração de que é aposentado, quando for o caso;

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 10/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

- Carteira de trabalho constando a data do primeiro emprego;
- Atestado médico.
- DOCUMENTO EXIGIDOS CONFORME O CARGO:
 - Carteira do Conselho Regional de_____.
 - Residência Médica em _____Reconhecido pela AMB ou CNRM;
 - Título de Especialista em _____, reconhecido pela AMB ou CNRM.

5.2.4 Conferida a documentação, a área de administração de pessoal deve ainda providenciar os itens abaixo e fornecer as informações devidas a cada caso:

- Requisição de salário-família, quando se tratar de servidor que tenha filhos ou equiparados, até 14 (quatorze anos) de idade ou inválidos de qualquer idade;
- Declaração de Encargos de Família para fins de imposto de renda, caso queira declarar algum dependente legal;
- Declaração que exerce ou não outro cargo público;
- Se o exercício das atividades do servidor se der em condições insalubres, providenciar requerimento de adicional de insalubridade;
- Termo de ciência e notificação do tribunal de contas;
- Declaração de cientificação constando informações sobre o recadastramento, comprovante de votação, tempo de serviço em outro órgão estadual - Modelo 101 (duas vias).
- Declaração de bens: cópia da última declaração do imposto de renda. Em caso de isenção de deve preencher declaração de bens;
- Declaração de boa conduta;
- Ofício de apresentação a ser entregue a chefia imediata após a posse para informação da data de exercício e horário de trabalho;
- Contrato CTD.

EXERCÍCIO

5.2.5 O exercício e a posse podem ocorrer em datas distintas. O candidato poderá pedir prorrogação de posse por justo motivo e a Administração não poderá indeferir o pedido de prorrogação. O mesmo não ocorre no exercício, pois o servidor terá o prazo de até 30 dias a partir da data de posse para entrar em exercício. É admitido o pedido de prorrogação, porém este ficará a critério da Administração.

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<h1>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</h1>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 11/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

6. REGISTROS E DOCUMENTOS.

ANEXO 1 – Fluxograma

ANEXO 2 - Contrato por Tempo determinado – CTD;

ANEXO 3 - Declaração de abertura de conta;

ANEXO 4 - Declaração de bens;

ANEXO 5 - Declaração de bons antecedentes;

ANEXO 6 - Declaração de encargos de família para fins de Imposto de Renda;

ANEXO 7 - Declaração de inatividade;

ANEXO 8 - Declaração de que exerce outro cargo;

ANEXO 9 - Declaração de que não exerce outro cargo;

ANEXO 10 – Declaração de parentesco;

ANEXO 11 - Declaração de prazo para inclusão de agregados como beneficiários do IAMSPE;

ANEXO 12 – Declaração não possui PIS;

ANEXO 13 – Despacho de prorrogação de posse

ANEXO 14 - Exames para Perícia Médica.

ANEXO 15 - Ficha cadastral;

ANEXO 16 – Declaração Ficha Limpa (Comissão)

ANEXO 17 – Formulário de agregados IAMSPE

ANEXO 18 - Formulário de Imposto de Renda;

ANEXO 19 - Declaração para efeito de salário família;

ANEXO 20 – Lista de documentação para Contratação por Determinado (CTD)/ Efetivo/ Comissão;

ANEXO 21 - Ofício de Apresentação - cargo em comissão;

ANEXO 22 - Ofício de apresentação - cargo efetivo;

ANEXO 23 - Ofício de apresentação - CTD;

ANEXO 24 – Requerimento de concessão de Adicional de Insalubridade;

ANEXO 25 – Requerimento de opção de vencimentos;

ANEXO 26 – Termo de Ciência e Notificação – Tribunal de Contas;

ANEXO 27 – Termo de posse - 1080- efetivo;

ANEXO 28 – Termo de posse - 1157- comissão;

Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) Secretaria Estadual da Saúde	<i>PROCEDIMENTO OPERACIONAL</i>	Número: xx
		Revisão: 1
		Página: 12/12
		Vigência: Indeterminada
Título: Posse Exercício		

ANEXO 29 – Termo de posse - 1157-efetivo;

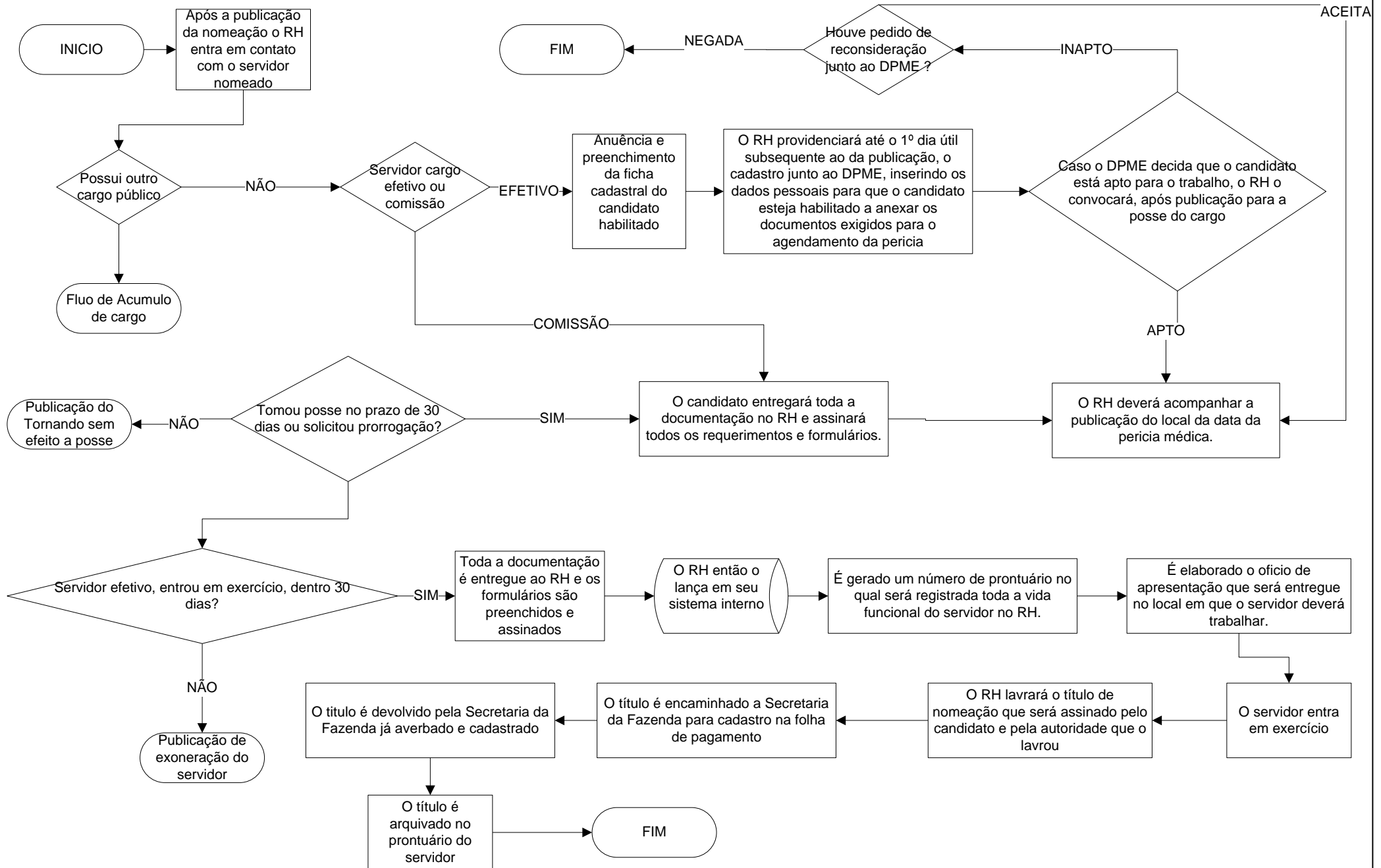
ANEXO 30 – Termo de posse -1080- comissão;

ANEXO 31 - Título de Nomeação Lei 1157/2011;

ANEXO 1 - POSSE E EXERCÍCIO

FUNDAMENTO LEGAL: Constituição Federal - 1988 - artigo 37, inciso II e Estatuto do Funcionalismo Público - Lei Estadual nº 10.261/1968;

RH/ SUBSETORIAL



ANEXO 2 - Contrato por Tempo determinado – CTD;

ANEXO I

Frente -



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA/AUTARQUIA: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	UO: 001
UNIDADE/ÓRGÃO:	UD: 0101

CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO - CTD - Cargo Correspondente

O COORDENADOR, DA COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS, no uso da competência que lhe é conferida pelo Item II, da alínea "b" do artigo 11, do Decreto 52.833 de 24/03/2008, expede o presente instrumento particular para CONTRATAR nos termos da Lei Complementar nº 1.093, de 16 de julho de 2009, e artigo 13, do Decreto nº 54.682, de 13 de agosto de 2009.

CONTRATADO

Nome								
Registro Geral	DC	UF	Órgão Emissor	Data da Emissão	CPF	DC	Sexo	Raça e Cor
		SP	SSP					
Data de Nascimento	Estado Civil	Naturalidade		Nacionalidade	Ano de Chegada ao Brasil			
		UF:						
Ing. Serv. Públ. Est.	Escolaridade		Cargo Correspondente			Ref/Grau		
PIS/PASEP	Filiação					Ano 1º Emprego		
	Mãe:							
	Pai:							

ACUMULAÇÃO

Cargo / Função-Atividade	Ato Decisório Nº	D.O.E

CONTRATANTE

ÓRGÃO/UNIDADE

Código UD	Denominação	Município
0101		Código: 100 Denominação: SÃO PAULO
Código UA	Nome UA	Município
		Código: 100 Denominação: SÃO PAULO

JORNADA DE TRABALHO / CARGA HORÁRIA SEMANAL / HORÁRIO / VIGÊNCIA

Jornada de Trabalho	Carga Horária Semanal	Horário	Período Contratual	Data de Exercício	Publicação no DOE
BÁSICA			a		

DADOS PARA PAGAMENTO

Banco	Agência	Tipo	Nº Conta / DC
BANCO DO BRASIL			

Contratado	Contratante
_____ Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura
Local/Data: São Paulo, aos 03/02/2017	Local/Data São Paulo, aos 03/02/2017

CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO - CTD

Pelo presente instrumento de Contrato por Tempo Determinado - CTD, identificados e vinculados aos termos estabelecidos no anverso deste, ficam o CONTRATANTE e o CONTRATADO, este último, observada a área de atuação prevista, obrigados a cumprir, em todo o seu conteúdo, o disposto na Lei Complementar nº 1.093 de 16 de julho de 2009 e no Decreto nº 54.682 de 13 de agosto de 2009.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

São Paulo, 03/02/2017

CONTRATANTE

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

CONTRATADO

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

1ª TESTEMUNHA

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

2ª TESTEMUNHA

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA/AUTARQUIA: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UNIDADE/ÓRGÃO: COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

UO:

UD:

CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO - CTD - Atividade

O Contratante abaixo, devidamente identificado, no uso da competência conferida pela, expede o presente instrumento particular para CONTRATAR, nos termos do artigo 13, do Decreto nº 54.682, de 13 de agosto de 2009.

CONTRATADO

Nome								
Registro Geral	DC	UF	Órgão Emissor	Data da Emissão	CPF	DC	Sexo	Raça e Cor
Data de Nascimento	Estado Civil		Naturalidade	Nacionalidade		Ano de Chegada		
Ing. Serv. Públ. Est.	Escolaridade		Atividade a desempenhar			Remuneração		
PIS/PASEP	Filiação					Ano 1º Emprego		
	Mãe:							
	Pai:							

ACUMULAÇÃO

Cargo / Função-Atividade	Ato Decisório Nº	D.O.E

CONTRATANTEÓRGÃO/UNIDADE

Código UD	Denominação	Município
		Código:
		Denominação:
Código UA	Nome UA	Município
		Código:
		Denominação:

JORNADA DE TRABALHO / CARGA HORÁRIA SEMANAL / HORÁRIO / VIGÊNCIA

Jornada de	Carga Horária Semanal	Horário	Período Contratual	Data de Exercício	Publicação no DOE

DADOS PARA PAGAMENTO

Banco	Agência	Tipo	Nº Conta / DC
Contratado		Contratante	
Assinatura		Carimbo e Assinatura	
Local/Data:		Local/Data:	

CONTRATO POR TEMPO DETERMINADO - CTD

Pelo presente instrumento de Contrato por Tempo Determinado - CTD, identificados e vinculados aos termos estabelecidos no anverso deste, ficam o CONTRATANTE e o CONTRATADO, este último, observada a área de atuação prevista, obrigados a cumprir, em todo o seu conteúdo, o disposto na Lei Complementar nº 1.093 de 16 de julho de 2009 e no Decreto nº 54.682 de 13 de agosto de 2009.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

São Paulo, de de .

CONTRATANTE

NOME:

RG:

CPF:

CONTRATADO

NOME:

RG:

CPF:

1ª TESTEMUNHA

NOME:

RG:

CPF:

2ª TESTEMUNHA

NOME

RG:

CPF:

ANEXO V



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA/AUTARQUIA:

UO:

UNIDADE/ÓRGÃO:

UD:

EXTINÇÃO CONTRATUAL

O Contratante abaixo, devidamente identificado, no uso da competência conferida pelaexpede o presente instrumento particular, para EXTINGUIR, nos termos do Inciso ___ do artigo 8º, da Lei Complementar nº 1093, de 16 de julho de 2009, o contrato firmado conforme segue:

CONTRATADO

Nome

Registro Geral	DC	UF	Órgão Emissor	Data da Emissão	CPF	DC	Cargo Correspondente

CONTRATANTE

ÓRGÃO/UNIDADE

Código UD	Denominação	Município
		Código: Denominação:
Código UA	Nome UA	Município
		Código: Denominação:

VIGÊNCIA DO CONTRATO

Período Contratual	Data de Exercício	Publicação no DOE
De ___/___/___ a ___/___/___	___/___/___	___/___/___

Férias	Valor	Extenso
Inciso II, Art. 12, LC nº 1093/09		
Indenização	Valor	Extenso
§ 2º, inciso VIII, Art. 8º, LC nº 1093/09		

EXTINÇÃO CONTRATUAL

Motivo/Fundamento Legal	Data da Extinção	Publicação no DOE

Contratado	Contratante
Assinatura	Carimbo e Assinatura
Local/Data:	Local/Data:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
GRUPO DE GESTÃO DE PESSOAS
CENTRO DE PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR E DA SEDE
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 3º andar – sala 300 – Tel. 3066-8004/6521
CNPJ: 46.374.500/0001-94

ANEXO 3 - Declaração de abertura de conta

DECLARAÇÃO

Declaramos junto ao Banco do Brasil, para fins de abertura de conta corrente, que o (a) Sr(a) , RG n.º , na categoria de _____, foi classificada na Coordenadoria de _____ e terá como vencimentos o valor aproximado de R\$ () depositados no 5º dia útil de cada mês e no dia 25 o Prêmio de Incentivo no valor de até R\$ ()

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

Autoridade competente

ANEXO 4 - Declaração de bens

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____, RG nº

_____, RS/PV _____

Cargo/Função _____, Regime Jurídico _____

atualmente lotado (a) no (a) _____, da Secretaria do Estado

da Saúde de São Paulo - Duplo vínculo () Sim () Não - Domiciliado à

Declaro que até a presente data, em cumprimento ao disposto no Decreto nº 41.865 de 16, publicado em 17 de Junho de 1997, que:

() Possuo

() Não possuo

Relação de Bens:

São Paulo, _____ de _____

Assinatura

ANEXO 5 - Declaração de bons antecedentes

DECLARAÇÃO – BOA CONDUTA

Eu _____,
RG Nº _____, abaixo assinado, declaro para fins de ingresso no Serviço Público, que possuo bons antecedentes, boa conduta social, assim como idoneidade moral e que caso contrário posso vir a tomar nula, anulável ou inválida minha futura situação funcional.

Por ser expressão de verdade, firmo a presente declaração, ciente das consequências da comprovação da falsidade ideológica da presente, consoante o artigo 299, Lei 2.848.

São Paulo, de _____ de 20_____.

(ASSINATURA)



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ Nº 46.379.400/0001-50

DSD 01	SD 145
-------------------------	-------------------------

ANEXO 6 - DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA
PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência à Legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhes que tenho como encargo de família as pessoas abaixo relacionadas:

RG	NOME
-----------	-------------

RS	CARGO
-----------	--------------

ORGAO SECRETARIA DA SAUDE	UA
----------------------------------	-----------

ENDEREÇO RESIDENCIAL	MUNICÍPIO	CEP
-----------------------------	------------------	------------

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA					
NOME COMPLETO	SEXO	DATA NASC.	PARENTESCO	SITUAÇÃO	OCORRÊNCIA (INCLUIR OU EXCLUIR)
	.				

Nota:- o campo "SITUAÇÃO" deverá ser informado quando se tratar de dependente universitário (de 21 a 24 anos) ou incapaz (física ou mentalmente para o trabalho).

Declaro sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a VS^a (Fonte Pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

_____ Data

_____ Assinatura do servidor/pensionista

USO DO DDPE
Dados incluídos na folha de pagamento do mês _____ / _____ Mês / ano referência

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
1 – Renovar esta declaração sempre que ocorrer alteração na situação de algum dependente. 2 – Os dependentes comuns poderão, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges.

ANEXO 7 - Declaração de inatividade;

DECLARAÇÃO

Eu _____,RG. _____

Declaro, sob pena de responsabilidade para fins de acumulação remunerada que sou aposentado(a) e que na atividade exercia o (a) cargo/emprego/função de _____ (denominação) _____ (regime jurídico), para o (a) qual era exigida a escolaridade _____ (nível) e que prestava serviços no (a) _____,(unidade) da _____(Secretaria/Autarquia/Fundação,etc),em _____(cidade).

Anexar documentos relativos à sua aposentadoria:

São Paulo, de de 2016.

(ASSINATURA)

ANEXO 8 - Declaração de que exerce outro cargo

DECLARAÇÃO

EU _____,
RG Nº _____, **DECLARO**, que **EXERÇO** outro cargo de
_____, na _____.
(CARGO OU FUNÇÃO) (UNIDADE)

São Paulo, de de 20_____.

(ASSINATURA)

ANEXO 9 - Declaração de que não exerce outro cargo

DECLARAÇÃO

EU _____
RG _____, cargo de _____,
lotado no(a) _____ com sede de exercício em São Paulo
DECLARO, à vista do disposto no artigo 37, Inciso XVI, da
Constituição da Republica Federativa do Brasil, promulgada e
publicada no DOE de 05/10/1988 e Decreto nº 41.915/97, que **NÃO**
EXERÇO outro cargo, função ou emprego em qualquer Órgão da
Administração Centralizada e Descentralizada do Estado, União ou
Município.

São Paulo, de _____ de 20_____.

ANEXO 10 – Declaração de parentesco;

ANEXO III

a que se refere o artigo 5º do Decreto nº 54.376, de 26 de maio de 2009

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO
(SÚMULA VINCULANTE Nº 13 DO STF)

Nome:

R.G.:

CPF:

É cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade designante ou de servidor do Poder Executivo investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento?

SIM

NÃO

Em caso positivo, apontar:

Nome:

Relação de Parentesco:

Cargo:

OBSERVAÇÕES:

Parentes em linha reta: pais, avós, bisavós, filho[a], neto[a] e bisneto[a].

Parentes em linha colateral: irmão(ã), tio(a) e sobrinho(a).

Parentes por afinidade: genro, nora, sogro(a), enteado(a), madrasta, padrasto e cunhado(a).

Informe também a existência de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, no exercício de cargo de direção, chefia ou assessoramento no âmbito dos Poderes Judiciário ou Legislativo, do Ministério Público, da Defensoria Pública, das Autarquias (inclusive das universidades públicas), das empresas controladas pelo Estado e das fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público:

São Paulo,.

Declarante

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DO SERVIDOR

1) Indicar o cargo em comissão ou a função de confiança/gratificada de que é ocupante:

Cargo/função:

Órgão/entidade:

2) É ocupante de cargo efetivo/função permanente? () S/N

Em **caso positivo**, indicar:

Cargo/função:

Órgão/entidade:

3) A nomeação/admissão/designação para o cargo em comissão ou função de confiança/gratificada ocorreu antes ou após a edição da Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal, de 29 de agosto de 2008?

Indicar a data:

DO PARENTE

1) Indicar o cargo em comissão ou a função de confiança/gratificada de que o parente é ocupante:

Cargo/função:

Órgão/entidade:

2) O parente é ocupante de cargo efetivo/função permanente? (**CLT**) S/N

Em **caso positivo**, indicar:

Cargo/função:

Órgão/entidade:

3) A nomeação/admissão/designação do parente para o cargo em comissão ou função de confiança/gratificada ocorreu antes ou após a edição da Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal, de 29 de agosto de 2008?

Indicar a data:

ANEXO 11 - Declaração de prazo para inclusão de agregados como beneficiários do IAMSPE;

DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO PRAZO PARA INCLUSÃO DE AGREGADOS COMO BENEFICIÁRIOS DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE

Eu, _____, RG _____,

nomeado para o cargo de _____, de provimento () efetivo /

() em comissão, no Quadro de Pessoal da Secretaria da _____,

DECLARO estar ciente do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da posse,

para inscrever os agregados como beneficiários do Instituto de Assistência Médica ao

Servidor Público Estadual – IAMSPE, nos termos do disposto nos §§ 4º e 6º do artigo 7º

do Decreto-lei 257, de 29-05-1970, com nova redação dada pela Lei 11.125, de 11-04-

2002. DECLARO, ainda, estar ciente de que após este prazo não poderei efetuar esta

inclusão, em caráter irrevogável. “§ 4º- Poderão se inscrever, facultativamente, como

agregados, mediante a contribuição adicional e individual de 2% sobre a remuneração do

contribuinte, os pais, o padrasto e a madrasta.

(...) § 6º- Os servidores públicos que tomarem posse após a promulgação desta lei, terão

180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da posse, para inscrever os agregados previstos

no § 4º.”

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor

ANEXO 12 – Declaração não possui PIS

DECLARAÇÃO

Eu, _____

RG. _____, CPF.: _____,

declaro não estar inscrito como participante do PIS (Programa de Integração Social).

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
GRUPO DE GESTÃO DE PESSOAS
CENTRO DE PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR E DA SEDE
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 3º andar – sala 300 – Tel. 3066-8004/6521

ANEXO 13 – Despacho de prorrogação de posse

Interessada: _____

Assunto: **PRORROGAÇÃO DE POSSE**

“Fica concedida, nos termos do artigo 52, § 1º da Lei 10.261/68, ao interessado acima, prorrogação de posse por **30** (trinta) dias”.

CPASS, aos de _____ de 20____.

Autoridade Competente



COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DE SAUDE DO
ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO 14 - Exames para Perícia Médica.

EXAMES NECESSÁRIOS PARA A PERÍCIA MÉDICA - POSSE E EXERCÍCIO.

- Hemograma completo – validade 6 meses;
- Glicemia de jejum – validade 6 meses;
- PSA prostático (para homens acima de 40 anos de idade) validade 365 dias;
- TGO – TGP – Gama GT – validade 6 meses;
- Ureia a creatinina – validade 6 meses;
- Ácido úrico – validade 6 meses;
- Urina tipo I – validade 6 meses;
- Eletrocardiograma (ECG) com laudo – validade 6 meses;
- Raios X de tórax com laudo – validade de 6 meses;
- Colpocitologia oncótica (mulheres acima de 25 anos ou com vida sexual ativa) validade 365 dias;
- Mamografia (mulheres acima de 40 anos de idade) validade de 365 dias.
- Laringoscopia indireta ou videolaringoscopia – validade de 180 dias (para docentes).
- Eventuais outros a critério do perito médico ou edital de concurso.



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Recursos Humanos
Centro de Planejamento dos Processos de Recrutamento e Seleção
Núcleo de Recrutamento e Seleção

Espaço reservado ao NRS/CRH

Ofício: _____

Representante da área de lotação: _____

Fone de contato da área: _____

ANEXO 15 - FICHA CADASTRAL:

Cargo / Função:	Regime Jurídico: () Efetivo () Contrato por Tempo Determinado-CTD
Setor / Seção de Trabalho:	Horário de Trabalho (sujeito a alterações a critério da Unidade):

DADOS PESSOAIS

Nome:			
Residente a () Rua () Avenida () Travessa () Alameda () Praça		Nº.:	Compl.:
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Tel. Residencial:	Celular:	Tel. Recado:	
Email:		Raça/Cor:	
Data de Nascimento:	Natural de:	UF:	Nacionalidade:
Estado Civil:	Nº de Filhos:	Nível de Escolaridade:	
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
RG.:	Órgão e Estado Emissor:	CPF:	
Nº do Registro do Conselho de Classe:	Possui Nº PIS / PASEP: () SIM () NÃO	Possui conta no Banco do Brasil: () SIM () NÃO	

DADOS PROFISSIONAIS

Ano do 1º Emprego: _____ ou () Nunca trabalhei

Caso trabalhe ou tenha trabalhado em Empresa Pública responda:

Ano de início no Serviço Público:	Nome da Unidade:
Regime Jurídico:	Data do desligamento: ____/____/____
No momento possui algum vínculo no Serviço Público? () Sim () Não (Sê "SIM" responda abaixo):	
Na Esfera Pública: () Federal () Estadual () Municipal () Autarquia () Fundação	
Regime jurídico: () Efetivo () Lei 500/74 () CLT () Contrato por Tempo Determinado-CTD () Outro: _____	
Nome da Unidade:	Setor/Seção de Trabalho:
Dias da Semana:	Horário:

VIRE →



FORMAÇÃO ACADÊMICA

ÁREA: _____
INSTITUIÇÃO: _____
ANO DE CONCLUSÃO: ____/____/____

OUTROS CURSOS REALIZADOS

(Especificar cursos realizados que julgar pertinente – especializações, extensões, aperfeiçoamentos, etc.)

CONHECIMENTOS EM INFORMÁTICA

WORD	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermediário	<input type="checkbox"/> Avançado
EXCEL	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermediário	<input type="checkbox"/> Avançado
POWER POINT	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermediário	<input type="checkbox"/> Avançado
INTERNET	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermediário	<input type="checkbox"/> Avançado
OUTROS			

CONHECIMENTOS EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

Possui? () Não () Sim

Se "Sim" responda abaixo:

INGLÊS	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermediário	<input type="checkbox"/> Avançado
ESPANHOL	<input type="checkbox"/> Básico	<input type="checkbox"/> Intermediário	<input type="checkbox"/> Avançado
OUTROS			

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL / ÁREA DE ATUAÇÃO

(Especificar local, tempo de serviço, função exercida e breve descrição das atividades desenvolvidas)

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____

ANEXO 16 – Declaração Ficha Limpa (Comissão)

DECLARAÇÃO – FICHA LIMPA

Eu, _____
nacionalidade _____ estadocivil _____
ocupação _____ RG., _____

CPF.: _____, declaro ter pleno conhecimento das disposições contidas no **Decreto nº 57.970, de 12 de abril de 2012.**

Declaro ainda, sob as penas da lei, não incorrer em nenhuma das hipóteses de inelegibilidade prevista em lei federal.

Assumo por fim, o compromisso de comunicar a meu superior hierárquico, no prazo de 30 (trinta) dias subseqüentes à respectiva ciência, a superveniência de:

- a) enquadramento em qualquer hipótese de inelegibilidade prevista em lei federal;
- b) instauração de processos administrativos ou judiciais cuja decisão possa importar em inelegibilidade, nos termos da lei federal.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

(nome)

(assinatura)

ANEXO I

a que se refere o artigo 1º da Resolução Conjunta SGGE/SS- 2, de 26 de abril de 2002

TERMO DE INSCRIÇÃO/CANCELAMENTO DE AGREGADO

Solicito a inscrição/cancelamento como agregados para fins de assistência médica – hospitalar, junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual-IAMSPE, de acordo com os §§ 4.º a 7.º do artigo 7.º do Decreto-Lei 257, de 29 de maio de 1970, alterado pela Lei nº 11.125, de 11 de abril de 2002, dos abaixo indicados:

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

RG:		RS:	
NOME:			
CARGO/FUNÇÃO			
COD. UA	DEMONINAÇÃO:		

NOME	DATA DE NASCIMENTO	DOC. DE IDENTIFICAÇÃO	GRAU DE PARENTESCO	OBJETIVO	
				INSC.	CANC.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBS.: A IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO DEVERÁ SER MEDIANTE QUALQUER DOCUMENTO OFICIAL.

RESPONSABILIZO-ME PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NO PRESENTE DOCUMENTO

LOCAL

DATA:

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

USO DO ÓRGÃO / ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO

AVERBADO POR:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

O CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DO AGREGADO TEM CARÁTER IRREVERSÍVEL .

1ª VIA - ENCAMINHAR PARA O IAMSPE OU CEAMA RESPECTIVO

2ª VIA - PROTOCOLO DO INTERESSADO

3ª VIA - PRONTUÁRIO

ANEXO II

a que se refere o inciso I do argito 2º da Resolução Conjunta SGGE/SS - 2, de 26 de abril de 2002

SECRETARIA:

UA:

TELEFONE:

RELAÇÃO DE INSCRIÇÃO/CANCELAMENTO DE AGREGADOS

NÚMERO DE DOCUMENTOS	
NUMERO DE AGREGADOS	
NOME DO SERVIDOR	NÚMERO DO RS

RECEBIDO EM:

ASSINATURA/CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
C.G.C. Nº 46.379.400/0001-50

DSD 01	SD 145
-------------------------	-------------------------

ANEXO 18 - DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA
PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência à Legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhes que tenho como encargo de família as pessoas abaixo relacionadas:

RG	NOME
-----------	-------------

RS (Nº DE MATRICULA)	CARGO
-----------------------------	--------------

ORGAO	UA
--------------	-----------

ENDEREÇO RESIDENCIAL	MUNICIPIO	CEP
-----------------------------	------------------	------------

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA					
NOME COMPLETO	SEXO	DATA NASC.	PARENTESCO	SITUAÇÃO	OCORRÊNCIA (INCLUIR OU EXCLUIR)

Nota:- o campo "SITUAÇÃO" deverá ser informado quando se tratar de dependente universitário (de 21 a 24 anos) ou incapaz (física ou mentalmente para o trabalho).

Declaro sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a VS^a (Fonte Pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

_____ Data

_____ Assinatura do servidor/pensionista

USO DO DDPE Dados incluídos na folha de paramento do mês _____ / _____ Mês / ano referência
--

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES 1 – Renovar esta declaração sempre que ocorrer alteração na situação de algum dependente. 2 – Os dependentes comuns poderão, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges.

ANEXO 19 - Declaração para efeito de salario família

SERVIDOR	
RG	
CARGO/FUNÇÃO	
LOCALIDADE	SÃO PAULO
NOME DO CÔNJUGE	
PROFISSÃO DO CÔNJUGE	
ONDE TRABALHA O CÔNJUGE	
RESIDÊNCIA	

Declaro, nos termos do artigo 6º e parágrafo único; da Lei n.º 201, de 01 de Dezembro de 1.948, que são meus dependentes os constantes do quadro no verso desta declaração.

São Paulo, em de de 20 .

Assinatura

DISCRIMINAÇÃO DOS DEPENDENTES

N.º DE ORDEM	NOME POR EXTENSO	NASCIMENTO				Grau De Parentesco	ESTADO CIVIL	Exerce Ativ. Lucrativa?	Quanto Ganha P/ Mês	Com Quanto Contribui P/S/ Manutenção?	OBSERVAÇÕES
		LOCAL	DIA	MÊS	ANO						
1.							
2.							
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

Data, de de 20 .

(Após a apresentação dos documentos comprovantes)

(Assinatura do Declarante)

Confere os Dados:

Órgão de Pessoal,

**ANEXO 20 - LISTA DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA CONTRATAÇÃO POR
TEMPO DETERMINADO (CTD) / EFETIVO / COMISSÃO**

DOCUMENTOS QUE O INTERESSADO DEVE APRESENTAR:

- Cédula de Identidade (RG);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cartão de inscrição no PIS/PASEP;
- Título de eleitor e comprovante de votação da última eleição (1º e 2º turno, se for o caso) ou certidão de quitação eleitoral do TRE;
- Certidão de Nascimento/Casamento
- Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 (dezoito) anos;
- Certificado de Reservista ou de dispensa da incorporação, para candidatos do sexo masculino; (Apresentar até 45 anos)
- Certidão de naturalização, em caso de estrangeiro;
- Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone fixo/celular);
- Comprovante de escolaridade;
- Comprovante contendo o número da agência e conta corrente individual no Banco do Brasil. Caso não seja correntista no referido banco, poderá solicitar requerimento para abertura de conta no dia da anuência;
- Profissional ativo em órgão do Estado, Município, União ou Autarquia e Fundações: trazer Declaração de Vínculo Empregatício, do órgão ao qual é vinculado, constando dia e horário de trabalho;
- Carteira de Trabalho constando data do 1º emprego.
- Exame médica (caso comissão constar o cargo que foi nomeado)
- Aposentado no serviço público: data da publicação do Diário Oficial da aposentadoria ou, no caso de INSS (emprego público), data do início da aposentadoria.
- Declaração de Bens: cópia da última Declaração do Imposto de Renda. Em caso de isenção, deverá preencher Declaração de Bens fornecida no dia da anuência, informando se é possuidor de bens móveis e imóveis;

DOCUMENTOS EXIGIDOS CONFORME O CARGO:

- Carteira do Conselho Regional de _____;
- Residência Médica em _____ reconhecido pela AMB ou CNRM;
- Título de Especialista em _____ reconhecido pela AMB ou CNRM.
- Carteira Nacional de Habilitação – CNH vigência.

DECLARAÇÕES:

- Requerimento de Adicional de Insalubridade;
- Requisição do Salário Família;
- Encargos do Salário Família;
- Termo de Ciência e Notificação do Tribunal de Contas (Assinar 2 vias);
- Declaração de informações gerais - Recadastramento, Comprovante de Votação, Declaração Anual de bens, Tempo de Serviço em outro Órgão Estadual – Modelo 101 (2 vias uma entregar ao candidato);
- Boa conduta;
- Declaração de que exerce ou não outro cargo;
- Ficha Limpa (somente comissão);
- Declaração de que não possui PIS;
- Declaração de Agregados;
- Termo de Inscrição de Agregados;
- Sumula 13 (somente comissão);
- Opção de Vencimentos (Somente se os vencimentos do cargo de origem for maior que o comissão);
- Termo de posse;
- Contrato por Tempo Determinado (se for o caso);
- Ofício de Apresentação;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
GRUPO DE GESTÃO DE PESSOAS
CENTRO DE PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR E DA SEDE
Av. Dr. Arnaldo, 351 – Sala 338 – 3º andar – tel. 3066-8004/8075

ANEXO 21 - Ofício de Apresentação - cargo em comissão

São Paulo, __ de _____ de 20____.

Ofício GGP/CPASS nº _____/_____.

Com este, apresento a Vossa Senhoria, o Sra. _____, RG _____, nomeada pelo Decreto de _____, publicado em ____/____/_____, para exercer em Comissão e em Jornada _____ de Trabalho, o cargo de _____, do SQC-I-QSS, enquadrado na Referência _____, da Escala de Vencimentos Comissão a que se refere à Lei Complementar nº. _____, de _____ de _____ de _____, na Coordenadoria de _____.

Objetivando providências complementares, solicito que o presente Ofício seja devolvido a este Centro de Pessoal, informando a data em que o interessado assumiu de fato exercício nessa Unidade, horário de trabalho, nome do Chefe Imediato e o ramal do setor considerando que tomou posse no referido cargo em ____/____/_____, exercício em ____/____/_____, horário _____; Chefe Imediato _____, ramal do setor _____.

Solicito à gentileza que nos seja enviado a frequência do servidor no 2º dia útil do mês, a Coordenadoria de Recursos Humanos, sito a Av. Dr. Arnaldo, 351 – 3º andar – sala 338I - Tel. 3066-8521.

Aproveito a oportunidade para renovar os protestos de minha perfeita estima e distinta consideração.

Autoridade Competente

Ilmo(a) Sr(a).

Cargo: _____

Coordenadoria de _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
GRUPO DE GESTÃO DE PESSOAS
CENTRO DE PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR E DA SEDE
Núcleo de Frequência e expediente de Pessoal
Av. Dr. Arnaldo, 351 – Sala 302 – 3º andar – tel. 3066-8087/8093

ANEXO 22 - Ofício de apresentação - cargo efetivo

São Paulo, __ de _____ de 20____.

Ofício GGP/CPASS nº ____/____.

Com este, apresento a Vossa Senhoria, o Sra. _____, RG _____, nomeada pelo Decreto de _____, publicado em ____/____/____, para exercer em caráter efetivo e em Jornada _____ de Trabalho, o cargo de _____, do SQC-III-QSS, enquadrado na Referência _____, da Escala de Vencimentos Nível _____ a que se refere à Lei Complementar nº. _____, de _____ de _____ de _____, na Coordenadoria de _____.

Objetivando providências complementares, solicito que o presente Ofício seja devolvido a este Centro de Pessoal, informando a data em que o interessado assumiu de fato exercício nessa Unidade, horário de trabalho, nome do Chefe Imediato e o ramal do setor considerando que tomou posse no referido cargo em ____/____/____, exercício em ____/____/____, horário _____; Chefe Imediato _____, ramal do setor _____.

Solicito à gentileza que nos seja enviado a frequência do servidor no 2º dia útil do mês, a Coordenadoria de Recursos Humanos, sito a Av. Dr. Arnaldo, 351 – 3º andar – sala 302 ao Núcleo de Frequência e Expediente de Pessoal - Tel. 3066-8521 ou 8004.

Aproveito a oportunidade para renovar os protestos de minha perfeita estima e distinta consideração.

Autoridade Competente

Ilmo(a) Sr(a).

Cargo: _____

Coordenadoria de _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
GRUPO DE GESTÃO DE PESSOAS
CENTRO DE PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR E DA SEDE
Núcleo de Frequência e expediente de Pessoal
Av. Dr. Arnaldo, 351 – Sala 302 – 3º andar – tel. 3066-8087/8093

ANEXO 23 - Ofício de apresentação - CTD

São Paulo, __ de _____ de 20 ____.

Ofício GGP/CPASS nº _____/_____.

SENHOR:

Com este, apresento a Vossa Senhoria, o Sra. _____, RG _____, contratado nos termos da LC. 1.093/2009 e art. 13, do Decreto 54.682/2009, para exercer por tempo determinado e em Jornada _____ de Trabalho, o cargo de _____, enquadrado na Referência _____, Grau A, da Escala de Vencimentos Nível _____, na Coordenadoria de _____.

Objetivando providências complementares, solicito que o presente Ofício seja devolvido a este Centro de Pessoal, informando o ramal do setor, horário de trabalho e o nome do Chefe Imediato, considerando que foi contratado no referido cargo em ____/____/20____.

Ramal: _____,

Horário: _____,

Chefe Imediato: _____.

Solicito à gentileza que nos seja enviado a frequência do servidor no 2º dia útil do mês, a Coordenadoria de Recursos Humanos, sito a Av. Dr. Arnaldo, 351 – 3º andar – sala 302 ao Núcleo de Frequência e Expediente de Pessoal - Tel. 3066-8521 ou 8004.

Aproveito a oportunidade para renovar os protestos de minha perfeita estima e distinta consideração.

Autoridade Competente

Ilmo(a) Sr(a).

Cargo: _____

Coordenadoria de _____

ANEXO 24 – Requerimento de concessão de Adicional de Insalubridade

Exmo. Sr.
DD. Secretário de Estado da Saúde

Eu, _____,
R.G. nº. _____, cargo _____,
classificado na _____, da Secretaria de Estado
da Saúde, desde ___/___/_____, ingresso no serviço público em
___/___/_____, vem respeitosamente requerer a V. Ex^a. a **concessão** do
adicional de insalubridade.

Anexa ao presente processo o rol de atividades exercidas,
devidamente assinado pelo superior imediato.

Nestes Termos.
P. Deferimento

NOME.: _____
RG.: _____

Data ___/___/_____

REGIME TRABALHISTA

ESTATUTÁRIO:

CELETISTA :

OUTROS :

CONCESSÃO DO ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

INICIAL

MUDANÇA DE FUNÇÃO E/OU CARGO

MUDANÇA DE UNIDADE

MUDANÇA DE SERVIÇO, SETOR OU FUNÇÃO

PEDIDO DE REVISÃO DE GRAU DE INSALUBRIDADE

ANEXOS

ROL DE ATIVIDADES

CÓPIA DO LAUDO DE INSALUBRIDADE ANTERIOR

CÓPIA DO HOLLERITH/FICHA CADASTRAL

LAUDO DE INSALUBRIDADE (MOD.93)

DECLARAÇÃO DE CARGA HORÁRIA EXERCIDA NO SETOR OU FUNÇÃO.

DATA ____ / ____ / _____

AUTORIDADE COMPETENTE
Responsável pelas informações

ANEXO 25 – Requerimento de opção de vencimentos

Termo de Opção

_____, **RG. N°** _____,
nomeado para o cargo em comissão de _____, pertencente a
_____, **OPTO**, a partir de
_____, pelos vencimentos do cargo de natureza efetiva de
_____, classificado na _____, ambos
da Secretaria de Estado da Saúde.

São Paulo, de _____ de 201__.

ANEXO 26 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO PROCESSO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

Órgão / Unidade: _____

Processo de Admissão nº (de origem): _____

Responsável pelo ato de admissão: _____

Espaço para preenchimento do candidato admitido:

Admitido por: Concurso Público Processo Seletivo
 Cargo Efetivo Prazo Determinado

Nome do Admitido: _____

RG: _____ **Categoria/Cargo:** _____

Advogado(s) (*): _____

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído.

Pelo presente TERMO damos-nos por NOTIFICADOS para o acompanhamento dos atos da tramitação do correspondente processo no Tribunal de Contas até seu julgamento final e conseqüente publicação, e se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Outrossim, estarmos cientes, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

São Paulo, ____ / ____ / ____.

Assinatura e carimbo do responsável pelo ato de admissão/nomeação

Assinatura do Admitido/Nomeado

ANEXO 27 – Termo de posse - 1080- efetivo



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE POSSE

O Coordenador de Saúde (caso não seja saúde tirar), da Coordenadoria xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, diante da competência que lhe é conferida pelo artigo 29, inciso III, do Decreto nº 52.833, de 24 de março de 2008, tendo a interessada, satisfeitas às exigências legais e prometido cumprir fielmente com os deveres e atribuições do cargo, EMPOSSA aos (o dia por extenso) dia do mês de (o mês por extenso) de dois mil e quinze, a servidora (nome do servidor), RG nº. xxxxxxxxx, nomeada nos termos do artigo 20, inciso II, da Lei Complementar nº. 180/78, por força do Decreto de xxx, publicado em xxx dextxx de xxxx, para exercer em efetivo e em Jornada Completa de Trabalho, o cargo de (cargo por extenso), Referência 11, da EV-C,(alterar conforme cargo), a que se refere à Lei Complementar nº 1.080/2008, do SQC-III-QSS, ficando lotada nesta Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – Sede, cargo criado pela Lei 13.683/2009. (D.O.E 11/09/2009) - alterar conforme publicação.

São Paulo, xxx de xxxxxx de 201x.

Nome do Coordenador

Nome do servidor

Termo lavrado no Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, por mim (nome da pessoa que fez o documento), Cargo, por mim (nome de quem conferiu), (cargo), foi conferido após rigoroso exame dos documentos apresentados. Visto,, Marcia Ap. Martins, Diretor II do Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, do Grupo de Gestão de Pessoas, da Coordenadoria de Recursos Humanos.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE POSSE

O Coordenador de Saúde (caso não seja saúde tirar), da Coordenadoria xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, diante da competência que lhe é conferida pelo artigo 29, inciso III, do Decreto nº 52.833, de 24 de março de 2008, tendo a interessada, satisfeitas às exigências legais e prometido cumprir fielmente com os deveres e atribuições do cargo, EMPOSSA aos (o dia por extenso) dia do mês de (o mês por extenso) de dois mil e quinze, a servidora (nome do servidor), RG nº. xxxxxxxxx, nomeada nos termos do artigo 20, inciso I, da Lei Complementar nº. 180/78, por força do Decreto de 01, publicado em 02 de dezembro de 2011, para exercer em caráter Comissão e em Jornada Básica de Trabalho, o cargo de (cargo por extenso), do SQC-I-QSS, Referência 01, da EVNU (alterar conforme cargo), a que se refere à Lei Complementar nº. nº. 1157/2011, ficando lotada nesta Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – Sede, cargo criado pela Lei 13.683/2009. (D.O.E 11/09/2009).alterar conforme publicação.

São Paulo, xxx de xxxxxx de 201x.

Nome do Coordenador

Nome do servidor

Termo lavrado no Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, por mim (nome da pessoa que fez o documento), Cargo, por mim (nome de quem conferiu), (cargo), foi conferido após rigoroso exame dos documentos apresentados. Visto,, Marcia Ap. Martins, Diretor II do Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, do Grupo de Gestão de Pessoas, da Coordenadoria de Recursos Humanos.

ANEXO 29 – Termo de posse - 1157-efetivo



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE POSSE

O Coordenador de Saúde, (caso não seja saúde tirar), da Coordenadoria xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, diante da competência que lhe é conferida pelo artigo 29, inciso III, do Decreto nº 52.833, de 24 de março de 2008, tendo a interessada, satisfeitas às exigências legais e prometido cumprir fielmente com os deveres e atribuições do cargo, EMPOSSA aos (o dia por extenso) dia do mês de (o mês por extenso) de dois mil e quinze, a servidora (nome do servidor), RG nº. xxxxxxxxx, nomeada nos termos do artigo 20, inciso II, da Lei Complementar nº. 180/78, por força do Decreto de 01, publicado em 02 de dezembro de 2011, para exercer em caráter Efetivo e em Jornada Básica de Trabalho, o cargo de (cargo por extenso), do SQC-III-QSS, Referência 01, da EVNU (alterar conforme cargo), a que se refere à Lei Complementar nº. 1157/2011, ficando lotada nesta Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – Sede, cargo criado pela Lei 13.683/2009. (D.O.E 11/09/2009).alterar conforme publicação.

São Paulo, xxx de xxxxxx de 2015.

Nome do Coordenador

Nome do servidor

Termo lavrado no Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, por mim (nome da pessoa que fez o documento), Cargo, por mim (nome de quem conferiu), (cargo), foi conferido após rigoroso exame dos documentos apresentados. Visto,, Marcia Ap. Martins, Diretor II do Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, do Grupo de Gestão de Pessoas, da Coordenadoria de Recursos Humanos.

ANEXO 30 – Termo de posse -1080- comissão



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE POSSE

O Coordenador de Saúde (caso não seja saúde tirar), da Coordenadoria xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, diante da competência que lhe é conferida pelo artigo 29, inciso III, do Decreto nº 52.833, de 24 de março de 2008, tendo a interessada, satisfeitas às exigências legais e prometido cumprir fielmente com os deveres e atribuições do cargo, EMPOSSA aos (o dia por extenso) dia do mês de (o mês por extenso) de dois mil e quinze, a servidora (nome do servidor), RG nº. xxxxxxxx, nomeada nos termos do artigo 20, inciso xx, da Lei complementar nº 180/78, por força do Decreto de xxx, publicado em xxx de xxx de xxx, para exercer em comissão e em Jornada Completa de Trabalho, o cargo de (cargo por extenso), Referência 11, da EV-C, (alterar conforme cargo), a que se refere à Lei Complementar nº 1.080/2008, do SQC-I-QSS, ficando lotada nesta Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – Sede, cargo criado pela Lei 13.683/2009. (D.O.E 11/09/2009). alterar conforme publicação.

São Paulo, xxx de xxxxxx de 2015.

Nome do Coordenador

Nome do servidor

Termo lavrado no Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, por mim (nome da pessoa que fez o documento), Cargo, por mim (nome de quem conferiu), (cargo), foi conferido após rigoroso exame dos documentos apresentados. Visto,, Marcia Ap. Martins, Diretor II do Centro de Pessoal da Administração Superior e da Sede, do Grupo de Gestão de Pessoas, da Coordenadoria de Recursos Humanos.



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DA SECRETARIA E DA SEDE
Unidade de Despesa COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAUDE

DSD 01	SD 145
Título NOMEAÇÃO Data da publicação do Ato	
D.O.E.	RETIFICAÇÃO

O(A) DIRETOR (A) DO CENTRO DE PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DA SECRETARIA E DA SEDE, DA C.R.H. no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME				RG	DIG	UF	Órgão emissor	Data da Emissão
CPF	DIG	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC	ESTADO CIVIL		NATURAL DE	UF
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA AO BRASIL		NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO			
TITULO DE ELEITOR			ZONA	SEÇÃO		DATA DE EMISSÃO		

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
---------------------	--

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012)		FAIXA/REF./PADRÃO	NÍVEL/GRAU	SUBQUADRO	JORNADA
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011			DISCIPLINA (Magistério)		
Código	Denominação				
NATUREZA	FORMA DE PROVIMENTO	REGIME JURÍDICO		ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A.	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO			MUNICÍPIO	
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE		DIG	

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE
-------------------------------	---------------	-------------------------	-----------------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
---------------------------------	---------------	--	-------------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS	FILIAÇÃO	ANO PRIMEIRO EMPREGO
PAI →		
MÃE →		

DADOS PARA O PROVIMENTO

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROVIMENTO					
SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				EMISSÃO EM	
				ASSINATURA / CARIMBO	

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE	EXERCÍCIO	AVERBAÇÃO
DATA UNIDADE	DATA UNIDADE	DATA S. D.
ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO