



O candidato que participou da escolha de vagas do processo Seletivo Simplificado N° 001/2022, deverá apresentar no dia 05/02/2022, das 8h30min às 12h na sede da Secretaria Municipal de Educação de São Mateus, localizada a Rua Duque de Caxias n° 194, Bairro Carapina CEP: 29.933-030, cópia dos documentos relacionados abaixo, para formalização da contratação.

I) As folhas deverão estar enumeradas e seguindo a ordem, conforme a seguir

- 1 01 (uma) fotos 3x4 recente;
- 2 Ficha de inscrição do Processo Seletivo Simplificado
- 3 Formulário de cadastramento/atualização de dados do servidor (anexo)
- 4 Carteira de identidade;
- 5 CPF;
- 6 PIS /PASEP;
- 7 Certidão de Nascimento ou Casamento;
- 8 Cartão do SUS;
- 9 Título de eleitor com certidão de quitação eleitoral (<http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidaode-quitacao-eleitoral>);
- 10 Carteira de Trabalho (apresentação para comprovação do número, série e data, da expedição);
- 11 Certidão de nascimento e cartão de vacina dos filhos menores de 14 anos;
- 12 CPF dos filhos ;
- 13 Cartão do SUS (dependentes);
- 14 Declaração escolar dos filhos maiores de 04 (quatro) anos;
- 15 Conta bancária (ITAÚ);
- 16 Qualificação cadastral no E-SOCIAL;
- 17 Certificado de reservista (homem);
- 18 Comprovante de Residência atualizado;
- 19 Certidão negativa Criminal, Civil (Estadual e Federal);
- 20 Comprovante de escolaridade;
- 21 Comprovante da Vacinação da COVID-19.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

- 22** Declaração de não acumulação de cargos empregados em funções públicas, ressalvada as exceções legais (anexo)
- 23** Declaração de Bens (anexo)
- 24** Autodeclaração de saúde (anexo)

São Mateus – ES, 01/02/2022
Setor de Recursos da SME



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Formulário de Recadastramento/ Atualização de dados do Servidor Público Municipal

Dados Pessoais

Servidor	Matrícula		
RG	Data de expedição	Órgão emissor	UF
Data de Nascimento	Estado de nascimento	Cidade de nascimento	
Sexo	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		
Estado civil	<input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Separado(a) judicialmente <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> União estável		
Raça / Cor	<input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda		
E-mail	Secretaria		
Tipo sanguíneo	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> O	Fator RH	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo

Filiação

Pai
Mãe

Necessidade especial

Portador de necessidades especiais?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tipo de necessidade especial	
Grau de necessidade especial	
CID10	
Observação	

Documentos

CPF	PIS/PASEP
-----	-----------

Título de Eleitor

Nº	Zona eleitoral	Seção eleitoral	UF
----	----------------	-----------------	----

Carteira de Trabalho

Nº	Série	UF	Data de emissão
----	-------	----	-----------------

CNH (Carteira Nacional de Habilitação)

Possui CNH?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
-------------	---

Nº	Data de emissão
----	-----------------

UF	Data de validade	Categoria
----	------------------	-----------

Órgão de Classe

Possui Órgão de Classe? Sim Não

Nº de inscrição	Órgão emissor
-----------------	---------------

Data de expedição	Data de validade
-------------------	------------------

Endereço

Logradouro

Nº	Complemento
----	-------------

Bairro	Cidade
--------	--------

Estado	Telefone residencial
--------	----------------------

CEP	Celular
-----	---------

Escolaridade

Nível Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior Especialização
 Mestrado Doutorado

Situação Incompleto Cursando Completo

Nome do Curso	Instituição	Período
---------------	-------------	---------

Nº Apólice Seguro

Dados do Cônjuge

Possui cônjuge? Sim Não

Nome do cônjuge

Data de nascimento	CPF	Invalído	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
--------------------	-----	----------	---

Dados funcionais

Cargo

Local de trabalho

Carga Horária	Início das	às	Término das	às
---------------	------------	----	-------------	----

Dados Complementares

Invalído? Sim Não

Quais?

--

Passou por processo de readaptação de função junto a Médica Oficial?

Sim (Anexar documentos comprobatórios) Não

Possui outro vínculo público?

Sim, onde? (Marcar com um X)

Não

PMS (Administração direta)

PMS Indireta. Qual Autarquia/Fundação?

Outros municípios, qual?

Estado, qual órgão e estado?

Na Federação

Dependentes

Possui dependentes?

Sim

Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Dependentes

Possui dependentes?

Sim

Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Dependentes

Possui dependentes?

Sim

Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Dependentes

Possui dependentes?

Sim

Não

Nome do dependente

Grau de parentesco

Data de nascimento

Sexo

Masculino

Feminino

CPF

Inválido

Sim

Não

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas acima, sob as penas da lei, comprometendo-me a informar imediatamente à Secretaria de Recursos Humanos, qualquer alteração das mesmas.

São Mateus/ES, ____/____/____

Assinatura do Servidor



DECLARAÇÃO NÃO ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS

DECLARAÇÃO

DE NÃO ACUMULAÇÃO

Declaro, que não ocupo qualquer cargo, emprego, função ou presto serviço em órgão da Administração Direta ou Indireta do Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, ou que dos mesmos esteja afastado por motivo de licença remunerada, não exercendo qualquer atividade que caracterize acumulação na forma da lei, ou ainda, incompatibilidade de horários com o cargo que exercerei.

DE ACUMULAÇÃO LEGAL

Declaro que ocupo _____ de _____ na
(cargo/emprego/função) (discriminação)
Administração _____ do Poder Público _____
(direta/indireta) (Federal/Estadual/Municipal)

na forma prevista na Constituição Federal no Artigo 37, XVI, alínea:

- () 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 regulamentares.

São Mateus/ES, _____ de _____ de _____.

Assinatura



DECLARAÇÃO DE BENS

Matrícula

Nome do Servidor

Telefone Contato

Endereço com CEP

Nº. RG (identidade)

Órgão Expedidor

CPF

DECLARAÇÃO DO SERVIDOR

Tipo de vínculo

Efetivo

Comissionado

DT

CLT

Secretaria

Cargo

Não Posso Bens

Item	Descrição dos Bens

Data

Assinatura do Requerente



AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, portador do
CPF nº _____, contratado em Regime de
Designação Temporária, para o cargo de _____,
conforme Edital nº 001/2022 publicado no dia 14/01/2022, declaro, para fins
específicos, que:

- não pertencem ao grupo de risco para COVID-19, de acordo com a Portaria
SESA nº 050-R;
- pertencem ao grupo de risco para COVID-19, de acordo com a Portaria SESA
nº 050-R;
- estou em pleno gozo da minha saúde física e sanidade mental.

São Mateus - ES, _____, _____/2022.

Assinatura do declarante