



O candidato que participou da escolha de vagas do processo Seletivo Simplificado N° 002/2023, deverá apresentar nos dias **10 e 11/02/2022**, das **8h às 16h** (sexta-feira) e das **8h às 12h** (sábado) na **Praça Amélia Boroto**, 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 (dentro de um envelope identificado com o nome, cargo e região):**

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

São Mateus – ES, 08/02/2023  
Recursos Humanos 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	Inválido	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
--------------------	-----	----------	---

### Dados funcionais

Cargo

Local de trabalho

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

### Dados Complementares

Inválido?  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

PMSP (Administração direta)

PMSP 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 Posuo 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 002/2023 publicado no dia 24/01/2022, 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, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante