



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

O candidato que participou da escolha de vagas do processo Seletivo Simplificado Nº 002/2024, deverá apresentar nos dias:

02/02/2024 (sexta-feira) das **8:30h às 17:30h**

03/02/2024 (sábado) das **8h às 12h**

05/02/2024 (segunda-feira) das **8:30h às 17:30h**

Na **Praça Amélia Boroto**, localizada a Rua Duque de Caxias nº 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, 30/01/2024
Recursos Humanos da SME



AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, portador do CPF nº _____, contratado em Regime de Designação Temporária, para o cargo de _____, conforme Edital nº 002/2024 publicado no dia 19/01/2024, declaro, para fins específicos, que:

- não pertencço ao grupo de risco para COVID-19, de acordo com a Portaria SESA nº 050-R;
- pertencço 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, _____, _____/2024.

Assinatura do declarante



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 Possuo Bens

Item	Descrição dos Bens

Data

Assinatura do Requerente



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