



# Prefeitura realiza mais dois asfaltos

## Obras ocorrem no Hortolândia e em Terra Preta

Nesta semana, a Prefeitura, por meio da Secretaria de Obras e Serviços, executa mais duas obras de drenagem e pavimentação. A mais adiantada, já em fase final, é na Avenida Berna, no bairro Luiz Fagundes, na região do Hortolândia. Durante a próxima semana, a via deve receber a massa asfáltica, que, de acordo com os moradores, vai solucionar um grande problema, pois quando chovia os carros atolavam.

*“Estive na obra acompanhando o andamento dos serviços. Uma pavimentação de mais de meio quilômetro. Uma obra muito importante, porque esta avenida causava muito transtorno. Agora o asfalto vai trazer muita tranquilidade para a população que reside por aqui”,* disse o prefeito Antonio Aiacyda.

A outra obra já iniciada pela Prefeitura fica na Rua Jacarandás, no bairro Sol Nascente, em Terra Preta. No local, já foram feitas guias e sarjetas, além das calçadas.



Avenida Berna já está recebendo a base



Rua Jacarandás, no bairro Sol Nascente, em Terra Preta

## Mairiporã estreia na Copa Cimbaju neste fim de semana

Neste final de semana, ocorrerão as primeiras partidas de Mairiporã na Copa Cimbaju, torneio esportivo entre as cidades que compõem o Consórcio Inter-municipal dos Municípios da Bacia do Juqueri (Mairiporã, Caieiras, Franco da Rocha, Francisco Morato, Cajamar e Campo Limpo Paulista).

### Confira a programação completa e horários dos jogos das equipes de Mairiporã:

**FINAL DE SEMANA TEM ESTREIA DE MAIRIPORÃ NA COPA CIMBAJU**

<b>Futebol</b>	<b>08/06</b>
Local: Estádio Vila Sabesp	
SUB 13 - 14:00 - Mairiporã x Cajamar	
SUB 20 - Mairiporã x Cajamar	
<b>Master</b>	<b>09/06</b>
Local: Franco da Rocha	
10:30 - Mairiporã x Cajamar	
<b>Handebol</b>	<b>09/06</b>
Local: Franco da Rocha	
Sub 20 - 14:00 - Feminino	
Sub 20 - 15:00 - Masculino	

APÓIO: BORA, MAIRIPORÃ ESPORTIVA

## Beneficiários do MCMV recebem aula de condomínio

O objetivo da Gestão Condominial do empreendimento é instituir e legalizar o condomínio.

PÁGINA 2

**Minha Casa Minha Vida**  
COMUNICADOS NA PÁGINA 3



## Mais uma área entra no Programa de Regularização Fundiária Sustentável

Processo de selagem e cadastro socioeconômico dos moradores de 53 lotes começa no final deste mês

No dia 28 de maio, ocorreu reunião na Secretaria Municipal de Habitação, Regularização Fundiária e Planejamento Urbano com os herdeiros de Antônio Chibante, que conduzem juntamente com a Prefeitura o procedimento de regularização fundiária do núcleo "Chácara do Chibante", localizado no Bairro do Capim Branco.

A primeira reunião com os herdeiros foi realizada em 31 de março de 2017, onde foi apresentada a Secretaria de Habitação e as etapas descritas no Programa Mairiporã Legal. Em dezembro de 2017, foi realizada apresentação da proposta técnica aos moradores, que concordaram de maneira unânime no custeio da implantação da infraestrutura, tendo em vista que trata-se de uma regularização de interesse específico.

Em abril de 2018 foi realizada a primeira vistoria de campo no local e identificadas as principais questões a serem enfrentadas: falta de infraestrutura, sobretudo, saneamento ambiental. Uma reunião com os moradores foi realizada no dia 30 de janeiro de 2018, em que foram esclarecidas as principais dúvidas quanto às obrigações e possibilidades financeiras da Prefeitura, benefícios da regularização e procedimento.

Desde então, os moradores e os herdeiros, Sra Lucia de Fatima Chibante, Antonio Castro Chibante e Claudio de Paula Santostaso, se uniram para dividir as despesas para a realização desta regularização fundiária, tanto que foi por eles providenciado o levantamento planialtimétrico cadastral (LE-PAC) dos 53 de lotes existentes, projeto de implantação de sistema de esgotamento sanitário e abastecimento de água, mesmo com todas as dificuldades.

Assim, para dar andamento a esta regularização que vem sendo buscada desde o ano de 2003, inclusive com acompanhamento desde esta data pelo Ministério Público, foi agendado o procedimento de selagem e cadastro socioeconômico dos moradores para dia 29 de junho, sábado, a partir das 9h. Este procedimento visa identificar os lotes implantados em campo para posterior comparação com o levantamento topográfico. O cadastro é um dos mais importantes, pois é através desta ação que o município analisa a questão jurídica juntamente com os documentos entregues e encaminha os dados necessários para que o título de propriedade seja emitido em nome do morador, que busca há quase 20 anos o documento de seu imóvel.



## Beneficiários do MCMV recebem aula de condomínio



Durante esta semana, os beneficiários do Empreendimento Canaã, que manifestaram interesse em compor o grupo que fará gestão dos condomínios participaram das reuniões que começaram na terça-feira e terminaram ontem.

Na reunião com os beneficiários, esteve em pauta a introdução à administração do condomínio, direitos e deveres do grupo gestor e dos moradores; condução de assembleias; prestação de contas; recolhimento da taxa de condomínio; aplicação das regras de convivência e legislação aplicada a condomí-

nio e formas de gestão condominial (autogestão, contratação de administradoras e regimes mistos de contratação).

O objetivo da Gestão Condominial do empreendimento é instituir e legalizar o condomínio, assim como realizar um conjunto de medidas direcionadas para a capacitação e educação dos síndicos, membros do conselho consultivo e demais beneficiários, sobre a convivência coletiva e o processo de gestão condominial, promovendo a organização e a consolidação do condomínio e o exercício da participação cidadã.

A Imprensa Oficial de Mairiporã (Lei nº 2616/06) é uma publicação da Prefeitura Municipal de Mairiporã, produzida pela Assessoria de Comunicação e Imprensa. Circula semanalmente, podendo haver edições extras. Tiragem: 3 mil exemplares. Distribuição gratuita e dirigida. Os exemplares podem ser encontrados em repartições públicas de âmbito municipal, bancas de jornais, postos autorizados ou serem retirados no Paço Municipal, localizado a Alameda Tibiriçá, 374 - Vila Nova - Mairiporã/SP. Matrícula nº 16. Jornalista responsável: José Luis G. Moraes - MTB: 33.836  
E-mail: imprensa@mairipora.sp.gov.br Telefone: (11) 4419.8095







A. De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Com quem residiu: \_\_\_\_\_  
Morador indicado: \_\_\_\_\_

B. De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Com quem residiu: \_\_\_\_\_  
Morador indicado: \_\_\_\_\_

C. De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Com quem residiu: \_\_\_\_\_  
Morador indicado: \_\_\_\_\_

D. De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Com quem residiu: \_\_\_\_\_  
Morador indicado: \_\_\_\_\_

E. De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Com quem residiu: \_\_\_\_\_  
Morador indicado: \_\_\_\_\_

F. De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Com quem residiu: \_\_\_\_\_  
Morador indicado: \_\_\_\_\_

15. Caso você não tenha residido com os seus pais ou esposa durante algum período, explique os motivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTE C – INFORMAÇÕES FAMILIARES**

16. Dê informações completas sobre seus pais e irmãos. Se você foi criado por padrastos, tutores legais ou outras pessoas que não sejam seus pais biológicos, também devem constar nas informações abaixo solicitadas:

A. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação (vivo ou falecido): \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

B. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação (vivo ou falecido): \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

C. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação (vivo ou falecido): \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

D. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação (vivo ou falecido): \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

E. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação (vivo ou falecido): \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

17. Caso seja separado (de fato ou de direito) ou divorciado, cite os dados do ex-esposo(a) ou do ex-companheiro(a):  
Nome: \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CPF Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_  
Qual o período do relacionamento? De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Qual sua relação atual com ele? \_\_\_\_\_

18. Você possui namorado(a) ou relacionamento informal com alguma pessoa? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça as seguintes informações:  
Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_  
Já há quanto tempo dura o relacionamento? \_\_\_\_\_

19. Você já esteve envolvido em algum processo de paternidade? Resposta: \_\_\_\_\_ em caso positivo, forneça informações detalhadas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Você tem filhos e/ou enteados? Resposta: \_\_\_\_\_ em caso positivo, forneça informações detalhadas:  
A. Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Condição (enteado, filho biológico, adotado, etc): \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho (ou local onde estuda, caso não trabalhe): \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_  
Com quem reside: \_\_\_\_\_

B. Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Condição (enteado, filho biológico, adotado, etc): \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho (ou local onde estuda, caso não trabalhe): \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_  
Com quem reside: \_\_\_\_\_

C. Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Condição (enteado, filho biológico, adotado, etc): \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Local de trabalho (ou local onde estuda, caso não trabalhe): \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_  
Com quem reside: \_\_\_\_\_

21. Está provendo o sustento dos seus filhos e/ou enteados? Resposta: \_\_\_\_\_ em caso positivo, forneça informações detalhadas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Preste as seguintes informações com relação ao seu casamento ou união estável:  
Nome do cônjuge/companheiro (a): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Condição do relacionamento (casamento, união estável etc.): \_\_\_\_\_  
Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_  
Data do casamento ou do início do relacionamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_  
Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Salário (R\$): \_\_\_\_\_  
Nome da empresa onde ele trabalha: \_\_\_\_\_  
Endereço da empresa: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Função que exerce: \_\_\_\_\_

**PARTE D – INFORMAÇÕES DE ORDEM MÉDICA, SOCIO-COMPORTAMENTAL E PARTIDÁRIA**

23. Você ou alguém de sua família já foi examinado, tratado ou já esteve internado em razão de distúrbios nervosos, mentais ou moléstia prolongada? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando qual ou quais foram as moléstias, os locais e períodos de tratamento e/ou internação, bem como a situação atual do citado quadro de saúde:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Você possui ou já possuiu tatuagem? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:  
A. Quais partes do seu corpo são/eram tatuadas?  
B. Quais desenhos, símbolos ou dizeres você possui/possuía tatuado?  
C. Qual o significado de suas tatuagens?  
D. O que motivou fazer e/ou remover as tatuagens?  
E. Em qual estabelecimento você realizou e/ou removeu as tatuagens (nome e localização)? \_\_\_\_\_

25. Você já foi internado em algum hospital? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando qual foi o motivo (acidentes, doenças etc.), a data e período de internação, bem como o local (hospital) de internação e/ou tratamento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Você já desmaiou alguma vez? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre o que aconteceu:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Você já fez ou faz uso de bebidas alcoólicas? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:  
A. Quais tipos de bebidas alcoólicas você consome?  
B. Com que frequência você bebe?  
C. Quais locais você costuma beber e com quem?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28. Você fuma ou já fumou? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre o seu uso de cigarro:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. Você já fez ou faz uso de substância entorpecente ilícita (drogas) ou já experimentou alguma vez? Resposta: \_\_\_\_\_. Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



A. Qual(is) tipo(s) de droga(s) que você utilizou/utiliza? \_\_\_\_\_  
 B. Já há quanto tempo você faz uso ou por quanto tempo utilizou droga? \_\_\_\_\_  
 C. Qual(is) a(s) maneiras(s) que você fez/faz uso de droga? \_\_\_\_\_  
 D. Você fazia uso ou somente experimentou drogas? \_\_\_\_\_  
 E. Quando você experimentou ou fez uso de drogas? \_\_\_\_\_  
 F. Qual local (estabelecimento) que você usou droga? \_\_\_\_\_  
 G. Com quem você fez uso de droga? (cite nome, se possível completo, apelido e seu endereço) \_\_\_\_\_  
 H. De quem, onde e quando você adquiriu/comprou a droga? \_\_\_\_\_  
 I. Quanto você pagou pela droga? \_\_\_\_\_  
 J. Quais os efeitos que você sentiu com o uso da droga? \_\_\_\_\_

30. Alguém de sua família (pai, mãe, irmãos e outros parentes com quem você se relaciona com frequência) já fez ou faz uso de substância entorpecente ilícita (drogas)? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: \_\_\_\_\_

31. Você conhece alguém, possui algum amigo, ou se relacionou/relaciona afetivamente com alguém que fez ou faz uso de substância entorpecente ilícita (drogas)? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:  
 A. Nome da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_  
 B. Grau de amizade ou de relacionamento com aquela (s) pessoa (s): \_\_\_\_\_  
 C. Período de amizade ou de relacionamento com aquela(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_  
 D. Endereço completo de moradia da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

E. Qualquer outro nome e/ou apelido pelo qual a pessoa é ou era conhecida: \_\_\_\_\_

32. Você conhece alguém, possui algum amigo, ou se relaciona/relacionou afetivamente com alguém que possui antecedentes criminais? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:  
 A. Nome da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_  
 B. Grau de amizade ou de relacionamento com aquela (s) pessoa (s): \_\_\_\_\_  
 C. Período de amizade ou de relacionamento com aquela(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_  
 D. Endereço completo de moradia da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

E. Qualquer outro nome e/ou apelido pelo qual a pessoa é ou era conhecida: \_\_\_\_\_  
 F. Motivos que levaram o referido amigo a ser registrado criminalmente: \_\_\_\_\_

33. Forneça as seguintes informações sobre 4 (quatro) pessoas, que NÃO sejam parentes ou ex-empregadores, que possam testemunhar a seu favor:  
**Testemunha 1:** Nome: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo se conhecem? \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

**Testemunha 2:** Nome: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo se conhecem? \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

**Testemunha 3:** Nome: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo se conhecem? \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

**Testemunha 4:** Nome: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo se conhecem? \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Qualquer outro nome ou apelido pelo qual ele é conhecido: \_\_\_\_\_

34. Se você possui ou se já possuiu parentes e/ou amigos pessoais nas Forças Armadas, Polícia Federal, Polícia Militar, Bombeiros, Guarda Municipal, Polícia Civil ou Polícia Técnico-Científica, preste as seguintes informações sobre eles:  
 A. Nome: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Se amigo, há quanto tempo de conhecem? \_\_\_\_\_ Cargo, Posto ou Graduação: \_\_\_\_\_  
 Instituição em que trabalha: \_\_\_\_\_  
 Unidade em que serve: \_\_\_\_\_  
 Função que exerce: \_\_\_\_\_ Situação (ativo, aposentado, exonerado, demitido): \_\_\_\_\_

B. Nome: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Se amigo, há quanto tempo de conhecem? \_\_\_\_\_ Cargo, Posto ou Graduação: \_\_\_\_\_  
 Instituição em que trabalha: \_\_\_\_\_  
 Unidade em que serve: \_\_\_\_\_  
 Função que exerce: \_\_\_\_\_ Situação (ativo, aposentado, exonerado, demitido): \_\_\_\_\_

C. Nome: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Se amigo, há quanto tempo de conhecem? \_\_\_\_\_ Cargo, Posto ou Graduação: \_\_\_\_\_  
 Instituição em que trabalha: \_\_\_\_\_  
 Unidade em que serve: \_\_\_\_\_  
 Função que exerce: \_\_\_\_\_ Situação (ativo, aposentado, exonerado, demitido): \_\_\_\_\_

35. Você possui algum inimigo ou pessoa declaradamente desafeta ou com quem teve alguma desavença que seja de seu convívio familiar, social ou profissional ou residente do município de Mairiporã. Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça os dados da pessoa (nome, endereço, telefone) e informações detalhadas, relatando sobre o fato motivador: \_\_\_\_\_

36. O que você costuma fazer ou gosta de estar fazendo em suas horas de folga? \_\_\_\_\_

37. Quais são seus costumes e locais que por hábito tem frequentado?  
 A. Durante a semana (de segunda-feira a sexta-feira): \_\_\_\_\_  
 B. Durante o final de semana e feriados: \_\_\_\_\_

38. Você é ou já foi sócio de algum clube/associação desportiva? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: Quantos? \_\_\_\_\_  
 Período em que foi sócio: de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nome do Clube: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_  
 Quais as atividades que você pratica(va) no Clube? \_\_\_\_\_  
 Chegou a sofrer alguma notificação ou punição pela Diretoria do Clube em razão do cometimento de alguma conduta de indisciplina? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: \_\_\_\_\_

39. Você pertence ou já pertenceu a qualquer sindicato ou outra associação de classe? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: Quantas? \_\_\_\_\_  
 A. Nome da Entidade: \_\_\_\_\_  
 Período de filiação: de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_  
 Você desempenhava alguma atividade na Entidade ou chegou a sofrer alguma notificação ou punição pela Diretoria em razão do cometimento de alguma conduta de indisciplina? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: \_\_\_\_\_

B. Nome da Entidade: \_\_\_\_\_  
 Período de filiação: de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_  
 Você desempenhava alguma atividade na Entidade ou chegou a sofrer alguma notificação ou punição pela Diretoria em razão do cometimento de alguma conduta de indisciplina? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: \_\_\_\_\_

C. Nome da Entidade: \_\_\_\_\_  
 Período de filiação: de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_  
 Você desempenhava alguma atividade na Entidade ou chegou a sofrer alguma notificação ou punição pela Diretoria em razão do cometimento de alguma conduta de indisciplina? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: \_\_\_\_\_

40. Você é ou já foi filiado a algum partido político? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: Quantos partidos? \_\_\_\_\_  
 Nome do Partido: \_\_\_\_\_  
 Período de filiação: de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Complemento: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_  
 Qual o motivo da filiação (e da desfiliação, se for o caso) partidária? \_\_\_\_\_

Você desempenhava alguma atividade no Partido ou chegou a sofrer alguma notificação ou punição pela Diretoria em razão do cometimento de alguma conduta de indisciplina? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas: \_\_\_\_\_

**PARTE E – INFORMAÇÕES JUDICIAIS E POLICIAIS**

41. Você já fez ou faz parte de algum Processo na Justiça, seja na condição de autor, iniciado, réu, testemunha ou até mesmo como vítima? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas:

A. Justiça Civil?	( ) SIM	( ) NÃO
B. Justiça Trabalhista?	( ) SIM	( ) NÃO
C. Justiça Criminal?	( ) SIM	( ) NÃO
D. Justiça Militar?	( ) SIM	( ) NÃO
E. Vara da Infância e Juventude?	( ) SIM	( ) NÃO
F. Juizado Especial Criminal?	( ) SIM	( ) NÃO

A. Tipo do Processo:  
 Condição (Indiciado, réu, vítima ou testemunha): \_\_\_\_\_ Data do fato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Número e ano do Processo: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Fórum: \_\_\_\_\_  
 Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
 Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo do Processo): \_\_\_\_\_

B. Tipo do Processo:  
 Condição (Indiciado, réu, vítima ou testemunha): \_\_\_\_\_ Data do fato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Número e ano do Processo: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Fórum: \_\_\_\_\_  
 Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
 Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo do Processo): \_\_\_\_\_

C. Tipo do Processo:  
 Condição (Indiciado, réu, vítima ou testemunha): \_\_\_\_\_ Data do fato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Número e ano do Processo: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Fórum: \_\_\_\_\_  
 Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
 Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo do Processo): \_\_\_\_\_

D. Tipo do Processo:  
 Condição (Indiciado, réu, vítima ou testemunha): \_\_\_\_\_ Data do fato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Número e ano do Processo: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Fórum: \_\_\_\_\_  
 Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
 Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo do Processo): \_\_\_\_\_

E. Tipo do Processo:  
 Condição (Indiciado, réu, vítima ou testemunha): \_\_\_\_\_ Data do fato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Número e ano do Processo: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Fórum: \_\_\_\_\_  
 Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_



Prefeitura Municipal de Mairiporã

Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo do Processo): \_\_\_\_\_

42. Você já esteve envolvido em ocorrência policial? (Informe qualquer tipo de ocorrência, seja quando você era criança, adolescente ou adulto, seja na condição de autor, indicado, réu, testemunha ou até mesmo como vítima). Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas:

A. Data do fato: \_\_\_\_\_  
Delegacia de Polícia ou Quartel para onde você foi conduzido: \_\_\_\_\_  
Número do registro policial (Boletim de Ocorrência ou outro documento) elaborado: \_\_\_\_\_  
Qual a condição em que você figurou na ocorrência (Indiciado, réu, vítima, testemunha etc): \_\_\_\_\_  
Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo da ocorrência): \_\_\_\_\_

B. Data do fato: \_\_\_\_\_  
Delegacia de Polícia ou Quartel para onde você foi conduzido: \_\_\_\_\_  
Número do registro policial (Boletim de Ocorrência ou outro documento) elaborado: \_\_\_\_\_  
Qual a condição em que você figurou na ocorrência (Indiciado, réu, vítima, testemunha etc): \_\_\_\_\_  
Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo da ocorrência): \_\_\_\_\_

C. Data do fato: \_\_\_\_\_  
Delegacia de Polícia ou Quartel para onde você foi conduzido: \_\_\_\_\_  
Número do registro policial (Boletim de Ocorrência ou outro documento) elaborado: \_\_\_\_\_  
Qual a condição em que você figurou na ocorrência (Indiciado, réu, vítima, testemunha etc): \_\_\_\_\_  
Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo da ocorrência): \_\_\_\_\_

D. Data do fato: \_\_\_\_\_  
Delegacia de Polícia ou Quartel para onde você foi conduzido: \_\_\_\_\_  
Número do registro policial (Boletim de Ocorrência ou outro documento) elaborado: \_\_\_\_\_  
Qual a condição em que você figurou na ocorrência (Indiciado, réu, vítima, testemunha etc): \_\_\_\_\_  
Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo da ocorrência): \_\_\_\_\_

E. Data do fato: \_\_\_\_\_  
Delegacia de Polícia ou Quartel para onde você foi conduzido: \_\_\_\_\_  
Número do registro policial (Boletim de Ocorrência ou outro documento) elaborado: \_\_\_\_\_  
Qual a condição em que você figurou na ocorrência (Indiciado, réu, vítima, testemunha etc): \_\_\_\_\_  
Solução ou pena aplicada: \_\_\_\_\_  
Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo da ocorrência): \_\_\_\_\_

43. Você já esteve envolvido em ou Investigação Preliminar (IP), Sindicância, Procedimento Disciplinar (PD), Processo Administrativo ou Inquérito (ATENÇÃO ESTE ITEM É DE PREENCHIMENTO PARA QUEM JÁ FOI OU É FUNCIONÁRIO PÚBLICO)? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas:

A. Data do fato: \_\_\_\_\_  
Número do Procedimento instaurado: \_\_\_\_\_  
Qual a condição em que você figurou no Procedimento (Indiciado, réu, vítima, testemunha etc.): \_\_\_\_\_  
Qual a Solução aplicada ao final do Procedimento? \_\_\_\_\_

Relate detalhadamente o fato ocorrido (motivo do Procedimento): \_\_\_\_\_

B. Data do fato: \_\_\_\_\_

**PARTE F – INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS**

48. Relacione, a partir das datas mais antigas, todos os lugares em que você esteve empregado, até o atual, registrado ou não, bem como os por conta própria e serviços informais ("bicos"). NÃO DEIXE DE DECLARAR NENHUM EMPREGO. Informe os endereços por completo. Informe também os períodos (datas) de inatividade entre cada emprego. ATENÇÃO: Caso você tenha trabalhado em empresa terceirizada, informe o endereço do escritório desta mesma empresa e também o endereço do local onde você prestou serviços para a empresa que o contratou.

A. Empresa: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
( ) Sede Matriz ou ( ) Instalação filial? Período em que trabalhou: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_ Salário (R\$): \_\_\_\_\_  
Função que desempenhava: \_\_\_\_\_  
Departamento ou Seção em que trabalhava: \_\_\_\_\_  
Encarregado ou Chefe direto (nome): \_\_\_\_\_  
Punições sofridas: \_\_\_\_\_  
Motivo da demissão: \_\_\_\_\_  
Período em que trabalhou: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
O que fez durante este período em que esteve desempregado? \_\_\_\_\_

B. Empresa: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
( ) Sede Matriz ou ( ) Instalação filial? Período em que trabalhou: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_ Salário (R\$): \_\_\_\_\_  
Função que desempenhava: \_\_\_\_\_  
Departamento ou Seção em que trabalhava: \_\_\_\_\_  
Encarregado ou Chefe direto (nome): \_\_\_\_\_  
Punições sofridas: \_\_\_\_\_  
Motivo da demissão: \_\_\_\_\_  
Período em que trabalhou: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
O que fez durante este período em que esteve desempregado? \_\_\_\_\_

49. Você procurou anteriormente ingressar em algum outro emprego público? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:

A. Qual foi a Instituição e o cargo pretendido? \_\_\_\_\_  
B. Quantas vezes você tentou ingressar? \_\_\_\_\_  
C. Qual foi o ano e o local do concurso (cidade/Estado)? \_\_\_\_\_  
D. Qual foi o resultado que você obteve nos exames prestados? \_\_\_\_\_  
E. Se reprovado, qual foi o motivo e a etapa do concurso em que você foi reprovado? \_\_\_\_\_

50. Preste as seguintes informações a respeito de seu Serviço Militar Obrigatório:

Unidade em que você serviu: \_\_\_\_\_ Cia: \_\_\_\_\_ Pel: \_\_\_\_\_  
Período em que serviu: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_  
Função que desempenhava: \_\_\_\_\_  
Relacione TODAS as punições sofridas e os seus motivos, inclusive aquelas punições que são do seu conhecimento e que por ventura, talvez não constem

registradas nos seus assentamentos de registro militar:

Qual foi o motivo da baixa? \_\_\_\_\_

**PARTE G – INFORMAÇÕES ESCOLARES**

51. Informe a seguir, os estabelecimentos de ensino onde você cursou os Ensinos Fundamental, Médio, Técnico, Superior e de Pós-Graduação (se houver):

A. Nome da Escola: \_\_\_\_\_  
Curso realizado: \_\_\_\_\_  
( ) Presencial ou ( ) EAD? Séries/Semestres que você cursou: \_\_\_\_\_  
Caso seja EAD, por qual razão você optou por este tipo de ensino/formação? \_\_\_\_\_

Período (meses/anos) que você cursou: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_

B. Nome da Escola: \_\_\_\_\_  
Curso realizado: \_\_\_\_\_  
( ) Presencial ou ( ) EAD? Séries/Semestres que você cursou: \_\_\_\_\_  
Caso seja EAD, por qual razão você optou por este tipo de ensino/formação? \_\_\_\_\_

Período (meses/anos) que você cursou: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_

C. Nome da Escola: \_\_\_\_\_  
Curso realizado: \_\_\_\_\_  
( ) Presencial ou ( ) EAD? Séries/Semestres que você cursou: \_\_\_\_\_

Caso seja EAD, por qual razão você optou por este tipo de ensino/formação? \_\_\_\_\_

Período (meses/anos) que você cursou: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ponto de referência (Batalhão PM da área): \_\_\_\_\_

52. Caso você tenha sofrido alguma punição escolar (advertência, suspensão, expulsão etc.) em qualquer estabelecimento de ensino, descreva com detalhes: A data da punição, a sanção aplicada e o fato que causou a punição escolar:

**PARTE H – INFORMAÇÕES ECONÔMICAS**

53. Está com o nome registrado em algum órgão ou entidade de controle e proteção ao crédito financeiro (SCPC, SERASA etc.)? Possui cheques devolvidos, títulos protestados, prestações ou dívidas em atraso? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, informe detalhadamente, relatando sobre os seguintes quesitos:

A. Valor da(s) dívida(s): \_\_\_\_\_  
B. Data em que as compras foram realizadas: \_\_\_\_\_  
C. Data em que você deixou de pagar a(s) dívida(s): \_\_\_\_\_  
D. Nome da(s) Instituição(ões) credora(s) da(s) sua(s) dívida(s): \_\_\_\_\_  
E. MOTIVOS pelos quais você não pagou a(s) dívida(s), tornando-o inadimplente: \_\_\_\_\_

54. Você possui ou já possuiu em seu nome, a propriedade de algum bem imóvel? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:

A. Qual tipo de imóvel? \_\_\_\_\_  
B. Qual tamanho do imóvel (metragem geral)? \_\_\_\_\_  
C. Qual valor de mercado em que está avaliado o imóvel? \_\_\_\_\_  
D. Nome da(s) Instituição(ões) credora(s) da(s) sua(s) dívida(s): \_\_\_\_\_  
E. Local da expedição: \_\_\_\_\_  
55. Você possui ou já possuiu em seu nome, alguma atividade empresarial, seja na condição de proprietário ou sócio? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:  
A. Qual tipo de atividade empresarial realizada? \_\_\_\_\_  
B. Qual nível/grau de sua participação na constituição da empresa? \_\_\_\_\_  
C. Informe os dados de identificação da empresa (Nome, CNPJ, endereço, sócios, data do contrato etc) \_\_\_\_\_

**PARTE I – INFORMAÇÕES DE TRÂNSITO**

56. Você possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ou Permissão Para Dirigir (PPD)? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas, relatando sobre os seguintes quesitos:

A. Número da CNH ou da PPD: \_\_\_\_\_ B. Número do Registro: \_\_\_\_\_  
C. Data de expedição: \_\_\_\_\_ D. Categoria: \_\_\_\_\_ E. Local da expedição: \_\_\_\_\_  
F. Sua CNH ou PPD possui punição por multas? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas sobre as infrações cometidas, bem como aquelas que foram registradas em seu nome, ainda que você não estivesse conduzindo o veículo, porém, trata-se de um carro (ou moto) registrado em seu nome: \_\_\_\_\_

57. Você já teve alguma vez a CNH ou PPD apreendida, suspensa ou cassada? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas sobre os motivos: \_\_\_\_\_

58. Você já esteve envolvido em acidente de trânsito ao dirigir veículo? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações detalhadas sobre o (s) acidente (s): \_\_\_\_\_

59. Você possui veículo (s) em seu nome e que esteja na sua posse? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações sobre cada veículo, relatando os seguintes quesitos:

VEÍCULO 1:  
A. Placa: \_\_\_\_\_ B. Marca / Ano / Modelo: \_\_\_\_\_ C. Cor: \_\_\_\_\_  
D. Seguro Obrigatório, Licenciamento Anual e o IPVA estão todos pagos? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso negativo, forneça informações sobre os motivos: \_\_\_\_\_  
E. Neste veículo, há multas com pagamento pendente? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, informe os motivos: \_\_\_\_\_

F. Você dirige este veículo? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso negativo, informe quem dirige e o motivo: \_\_\_\_\_

VEÍCULO 2:  
A. Placa: \_\_\_\_\_ B. Marca / Ano / Modelo: \_\_\_\_\_ C. Cor: \_\_\_\_\_  
D. Seguro Obrigatório, Licenciamento Anual e o IPVA estão todos pagos? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso negativo, forneça informações sobre os motivos: \_\_\_\_\_  
E. Neste veículo, há multas com pagamento pendente? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, informe os motivos: \_\_\_\_\_

F. Você dirige este veículo? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso negativo, informe quem dirige e o motivo: \_\_\_\_\_

60. Você possui veículo(s) em seu nome e que NÃO esteja na sua posse? Resposta: \_\_\_\_\_ Em caso positivo, forneça informações







Prefeitura Municipal de Mairiporã

CARGO: 701 - GUARDA CIVIL MUNICIPAL - MASCULINO

Table with columns: INSCRIÇÃO, NOME, DOCUMENTO, POBJ., T. C. FÍSICO., CLAS., SITUAÇÃO. Lists candidates for Guard Civil Municipal including ALEX SANDRO RODRIGO ALVES SATO, DIOGO PAULINO FREITAS, etc.

CARGO: 701 - GUARDA CIVIL MUNICIPAL - MASCULINO (Continuação)

Continuation of the Guard Civil Municipal candidates list, including LUCAS FERREIRA GOUVEIA, ANSELMO FERREIRA RIBEIRO, etc.

CARGO: 702 - GUARDA CIVIL MUNICIPAL - FEMININO

Table with columns: INSCRIÇÃO, NOME, DOCUMENTO, POBJ., T. C. FÍSICO., CLAS., SITUAÇÃO. Lists candidates for Guard Civil Municipal including ANA CRISTINA ALVES DO NASCIMENTO, etc.

AVISO DE LICITAÇÃO

Pregão Presencial 053/2019, Processo 6509/2019. Tipo: Menor Preço (Menor Taxa Administrativa). Objeto: Contratação de Empresa para a prestação de serviços de Gerenciamento do Abastecimento de Combustíveis de veículos...

DECRETO Nº 8.741, DE 05 DE JUNHO DE 2019

Dispõe sobre abertura de Crédito Adicional Suplementar, autorizada pela Lei nº 3.798, de 20 de dezembro de 2018.

O PREFEITO MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ, Senhor ANTONIO SHIGUEYUKI AIACYDA, usando de suas atribuições legais, DECRETA:

Art. 1º Fica aberto ao Orçamento corrente, com fundamento na autorização contida no inciso III do art. 7º da Lei nº 3798, de 20 de dezembro de 2018, um crédito adicional suplementar no valor de R\$ 2.505.000,00 (dois milhões e quinhentos e cinco mil reais), conforme programação constante do Anexo I deste Decreto.

Art. 2º O crédito aberto por este Decreto será coberto com recurso proveniente de:

I - anulação parcial das dotações, nos termos do art. 43, § 1º, inciso III da Lei 4.320/64, no valor de R\$ 2.505.000,00 (dois milhões e quinhentos e cinco mil reais), constantes do Anexo II deste Decreto.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
Palácio Tibiricã, em 05 de junho de 2019

ANTONIO SHIGUEYUKI AIACYDA
Prefeito Municipal

LEONÍLIA LEITE
Secretária Municipal de Administração, Tecnologia e Modernização

ANDREA FIGUEIRA BARRETO VILAS BOAS
Secretária Municipal da Fazenda

FABIANA BRANDÃO DE CAMPOS
Diretora Administrativa

ANEXO

ANEXO I - SUPLEMENTAÇÃO

Table with columns: CLASSIFICAÇÃO, ORGAO, ECONOMICA, FUNCIONAL, FONTE (DESPESA), ESPECIFICAÇÃO DA AÇÃO, VALOR LANÇADO. Includes SUPLEMENTAÇÃO table with rows for GASTOS DOS VENCIMENTOS DOS SERVIDORES MUNICIPAIS.

ANEXO II - ANULAÇÃO

Table with columns: CLASSIFICAÇÃO, ORGAO, ECONOMICA, FUNCIONAL, FONTE (DESPESA), ANULAÇÃO DE DOTAÇÕES, ESPECIFICAÇÃO DA AÇÃO, VALOR LANÇADO. Includes ANULAÇÃO DE DOTAÇÕES table with rows for TRANSPORTE DE ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL and INFANTIL.

DECRETO Nº 8.742, DE 05 DE JUNHO DE 2019

Regulamenta o art. 7º da Lei Complementar nº 414, de 20 de maio de 2019, discriminando as atribuições dos cargos de Estratégia e Saúde da Família, do quadro de provimento efetivo desta Prefeitura Municipal.

O PREFEITO MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ, Senhor ANTONIO SHIGUEYUKI AIACYDA, usando de suas atribuições legais, DECRETA:
Art. 1º Ficam discriminadas as atribuições dos cargos de Estratégia e Saúde da Família, do quadro de provimento efetivo desta Prefeitura Municipal, conforme Anexo I.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
Palácio Tibiricã, em 05 de junho de 2019

ANTONIO SHIGUEYUKI AIACYDA
Prefeito Municipal

LEONÍLIA LEITE
Secretária Municipal de Administração, Tecnologia e Modernização

FABIANA BRANDÃO DE CAMPOS
Diretora Administrativa

ANEXO I

AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL - ESF

Table with columns: DESCRIÇÃO, DESCRICÃO SUMÁRIA, DESCRICÃO DETALHADA. Lists responsibilities for Auxiliary Dental Health (ESF) including technical assistance, supervision, and administrative tasks.



<b>REQUISITOS</b>	<input type="checkbox"/> Ensino Médio. <input type="checkbox"/> Curso técnico ou profissionalizante de Auxiliar em Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Registro profissional no Conselho Regional de Odontologia
<b>JORNADA DE TRABALHO</b>	<input type="checkbox"/> 40 horas semanais

CIRURGIÃO DENTISTA - ESF	
<b>DESCRIÇÃO SUMÁRIA</b>	<input type="checkbox"/> Realizar diagnóstico, prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde bucal, bem como coordenar e/ou executar estudos, pesquisas e levantamentos de interesse das anomalias de cavidade oral e seus elementos, que interferem na saúde da população.
<b>DESCRIÇÃO DETALHADA</b>	<input type="checkbox"/> Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. <input type="checkbox"/> Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário. <input type="checkbox"/> Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local. <input type="checkbox"/> Realizar visitas domiciliares, ações coletivas e palestras nos espaços comunitários. <input type="checkbox"/> Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde. <input type="checkbox"/> Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local. <input type="checkbox"/> Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. <input type="checkbox"/> Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde. <input type="checkbox"/> Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis. <input type="checkbox"/> Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social. <input type="checkbox"/> Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria da Saúde. <input type="checkbox"/> Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica e nos sistemas de informação local. <input type="checkbox"/> Participar das atividades de educação permanente. <input type="checkbox"/> Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. <input type="checkbox"/> Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal. <input type="checkbox"/> Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais. <input type="checkbox"/> Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolutividade. <input type="checkbox"/> Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento. <input type="checkbox"/> Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais. <input type="checkbox"/> Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. <input type="checkbox"/> Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Saúde Bucal e <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde. <input type="checkbox"/> Realizar supervisão técnica do Auxiliar de Saúde Bucal. <input type="checkbox"/> Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da <input type="checkbox"/> Unidade da Saúde da Família. <input type="checkbox"/> Comunicar imediatamente a chefia qualquer tipo de acidente de trabalho. <input type="checkbox"/> Participar da implantação do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) <input type="checkbox"/> Executar outras tarefas correlatas determinadas pelo superior imediato.
<b>REQUISITOS</b>	<input type="checkbox"/> Graduação Superior em Odontologia <input type="checkbox"/> Registro profissional no órgão competente.
<b>JORNADA DE TRABALHO</b>	<input type="checkbox"/> 40 horas semanais

ENFERMEIRO - ESF	
<b>DESCRIÇÃO SUMÁRIA</b>	<input type="checkbox"/> Prestam assistência ao paciente: coordenam, planejam ações, auditam serviços de enfermagem e implementam ações para a promoção da saúde junto à comunidade.
<b>DESCRIÇÃO DETALHADA</b>	<input type="checkbox"/> Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; <input type="checkbox"/> Identificar os problemas de saúde e as situações de risco mais comuns aos qual aquela população está exposta; <input type="checkbox"/> Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e dos fatores que colocam em risco a saúde; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida; <input type="checkbox"/> Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito; <input type="checkbox"/> Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento; <input type="checkbox"/> Resolver os problemas de saúde no nível de Atenção Básica; <input type="checkbox"/> Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar; <input type="checkbox"/> Prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; <input type="checkbox"/> Coordenar, participar ou organizar, ou todos, grupos de educação para a saúde; <input type="checkbox"/> Promover ações inter setoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; <input type="checkbox"/> Fomentar as participações populares, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania e de direito à saúde e as suas bases legais; <input type="checkbox"/> Incentivar a formação ou a participação ativas da comunidade, ou ambas, nos conselhos locais de saúde e no CMS;

<input type="checkbox"/> Auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde <input type="checkbox"/> Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; <input type="checkbox"/> Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada, acionando o serviço destinado para este fim; <input type="checkbox"/> Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, reescrever/transcrever medicações, conforme protocolo, estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e das disposições legais da profissão; <input type="checkbox"/> Executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; <input type="checkbox"/> Executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, no âmbito de sua competência; Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na Unidade de Saúde da Família, e quando necessário, no domicílio; <input type="checkbox"/> Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas nas NOAS/2001; <input type="checkbox"/> Alinear a atuação clínica à prática da saúde coletiva; <input type="checkbox"/> organizar e coordenar as criações de grupo de controle de patologias, como hipertensão, diabéticos, de saúde mental, e outros; <input type="checkbox"/> Realizar, com os profissionais da unidade de saúde, o diagnóstico e a definição do perfil sócio econômico da comunidade, a descrição do perfil o meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e do mapeamento da área de abrangência dos Agentes Comunitários de Saúde sob sua responsabilidade; <input type="checkbox"/> Supervisionar e coordenar as ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de Auxiliares de Enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções; <input type="checkbox"/> Coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e equipe; <input type="checkbox"/> Coordenar a programação das visitas domiciliares a serem realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde; <input type="checkbox"/> Realizar busca ativa das doenças infecto contagiosas; <input type="checkbox"/> Outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais durante o desenvolvimento da Estratégia. <input type="checkbox"/> Executar outras tarefas afins, compatíveis com as especificadas ou conforme necessidade do Município e determinação superior. <input type="checkbox"/> Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo, bem como zelar pelo patrimônio e garantir a economia do material utilizado. <input type="checkbox"/> Realizar o rodízio de unidades da ESF dependendo da necessidade do serviço. <input type="checkbox"/> Cumprir e faz cumprir o Regulamento, o Regimento, Instruções, Ordens e Rotinas de Serviço do estabelecimento de saúde. <input type="checkbox"/> Participar da implantação e manutenção do Prontuário Eletrônico do Cidadão e garantir a qualidade dos dados dos sistemas de informação vigentes no PEC e outros usados no município. Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos; <input type="checkbox"/> Executa outras atividades que, por sua natureza, estejam inseridas no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área.	
<b>REQUISITOS</b>	<input type="checkbox"/> Graduação Superior em Enfermagem <input type="checkbox"/> Registro profissional no órgão competente.
<b>JORNADA DE TRABALHO</b>	<input type="checkbox"/> 40 horas semanais

MÉDICO - ESF	
<b>DESCRIÇÃO SUMÁRIA</b>	<input type="checkbox"/> Realizam consultas e atendimentos médicos; tratam pacientes; implementam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde tanto individuais quanto coletivas; coordenam programas e serviços em saúde, efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaboram documentos e difundem conhecimentos da área médica.
<b>DESCRIÇÃO DETALHADA</b>	<input type="checkbox"/> Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; <input type="checkbox"/> Identificar os problemas de saúde e as situações de risco mais comuns aos qual aquela população está exposta; <input type="checkbox"/> Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e dos fatores que colocam em risco a saúde; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida; <input type="checkbox"/> Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito; <input type="checkbox"/> Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento; <input type="checkbox"/> Resolver os problemas de saúde no nível de Atenção Básica; <input type="checkbox"/> Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar; <input type="checkbox"/> Prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; <input type="checkbox"/> Coordenar, participar ou organizar, ou todos, grupos de educação para a saúde; <input type="checkbox"/> Promover ações inter setoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; <input type="checkbox"/> Fomentar as participações populares, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania e de direito à saúde e as suas bases legais; <input type="checkbox"/> Incentivar a formação ou a participação ativas da comunidade, ou ambas, nos conselhos locais de saúde e no CMS; <input type="checkbox"/> Auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde <input type="checkbox"/> Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; <input type="checkbox"/> Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; <input type="checkbox"/> Realizar consultas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.); <input type="checkbox"/> Participar da implantação e manutenção do Prontuário Eletrônico do Cidadão e garantir a qualidade dos dados dos sistemas de informação vigentes no PEC e outros usados no município. <input type="checkbox"/> Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; responsabilizar-se pela constatação e declaração de óbito dentro de sua área adstrita; <input type="checkbox"/> Encaminhar, quando necessários, usuários e serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência; <input type="checkbox"/> Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; <input type="checkbox"/> Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos Enfermeiros, ACS, Auxiliares de Enfermagem, ASB e TSB; <input type="checkbox"/> Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. <input type="checkbox"/> Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo, bem como zelar pelo patrimônio e garantir a economia do material utilizado. <input type="checkbox"/> Realizar o rodízio de unidades da ESF dependendo da necessidade do serviço. <input type="checkbox"/> Cumprir e faz cumprir o Regulamento, o Regimento, Instruções, Ordens e Rotinas de Serviço do estabelecimento de saúde;



- Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos;
- Participar de programas de graduação, extensão, pós-graduação e residências multiprofissionais estabelecidos pelo gestor municipal;
- Seguir as diretrizes preconizadas pelas políticas de saúde vigentes no Município de Mairiporã;
- Obedecer ao Código de Ética Médica
- Executa outras atividades que, por sua natureza, estejam inseridas no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área.

**REQUISITOS**

- Graduação Superior em Medicina
- Registro profissional no órgão competente

**JORNADA DE TRABALHO**

- 20 horas semanais

**TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ESF**

**DESCRIÇÃO SUMÁRIA**

- Desempenham atividades técnicas de enfermagem: atuam em cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, saúde ocupacional e outras áreas. Prestam assistência ao paciente zelando pelo seu conforto e bem estar, administram medicamentos e desempenham tarefas de instrumentação cirúrgica, posicionando de forma adequada o paciente e o instrumental. Organizam ambiente de trabalho e dão continuidade aos plantões. Trabalham em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança. Realizam registros e elaboram relatórios técnicos. Desempenham atividades e realizam ações para promoção da saúde da família.

**DESCRIÇÃO DETALHADA**

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde e as situações de risco mais comuns aos qual aquela população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e dos fatores que colocam em risco a saúde; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- Resolver os problemas de saúde no nível de Atenção Básica;
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- Prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- Coordenar, participar ou organizar, ou todos, grupos de educação para a saúde;
- Promover ações inter setoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar as participações populares, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania e de direito à saúde e as suas bases legais;
- Incentivar a formação ou a participação ativas da comunidade, ou ambas, nos conselhos locais de saúde e no CMS;
- Auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde
- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Executa ações assistenciais de enfermagem, participando do planejamento da programação de assistência de enfermagem.
- Orienta, acompanha e supervisiona o trabalho de enfermagem em grau auxiliar. Realiza procedimentos básicos de enfermagem tais como: verificação de sinais vitais, punção venosa periférica, curativo, administração de medicamento via oral, nasal, tópica, retal e parenteral, de inalação, oxigenoterapia, coleta de sangue para exames;
- Assiste ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- Atua em conjunto com a equipe e com algumas atividades diretas com os Agentes Comunitários de Saúde;
- Auxilia na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave; Assiste na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- Atua na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência saúde;
- Presta socorro de urgência e emergência aos usuários dentro da UBS e em domicílio, e encaminha pacientes aos serviços de referência quando necessário;
- Responsabiliza-se pelo controle e utilização de equipamentos, instrumentais, materiais e medicamentos colocados à sua disposição;
- Realiza esterilização e desinfecção dos materiais e instrumentos utilizados; Participa de ações de educação em saúde;
- Executar outras tarefas afins, compatíveis com as especificadas ou conforme necessidade do Município e determinação superior.
- Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo, bem como zelar pelo patrimônio e garantir a economia do material utilizado.
- Realizar o Rodízio de unidades da ESF dependendo da necessidade do serviço.
- Cumpre e faz cumprir o Regulamento, o Regimento, Instruções, Ordens e Rotinas de Serviço do estabelecimento de saúde.
- Participar da implantação e manutenção do Prontuário Eletrônico do Cidadão e garantir a qualidade dos dados dos sistemas de informação vigentes no PEC e outros usados no município.
- Executa outras atividades que, por sua natureza, estejam inseridas no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área.

**REQUISITOS**

- Ensino Médio
- Curso Técnico de Enfermagem
- Registro Profissional no órgão competente

**JORNADA DE TRABALHO**

- 40 horas semanais

**LEI Nº 3.832, DE 07 DE JUNHO DE 2.019**

*Dispõe sobre denominação de Rua Rogério Mota Aniceto de Matos a atual Rua Quatro, Estância Santa Rita, Bairro Terra Preta, neste município.  
(Projeto de Lei nº 208/2019 – autoria do Nobre Vereador Ricardo Messias Barbosa)*

O PREFEITO MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ, Senhor ANTONIO SHIGUEYUKI AIACYDA, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Fica denominada de Rua Rogério Mota Aniceto de Matos a atual Rua Quatro, localizada na Estância Santa Rita, Bairro Terra Preta, neste município, a qual tem a seguinte descrição e confrontações:

I – inicia-se na Rua Paulina Franco de Camargo Vasques, possuindo aproximadamente 240 metros de comprimento por 5,00 metros de largura, com as coordenadas UTM E: 339085.24 N: 7425460.80.

Art. 2º A planta de situação, o memorial descritivo, bem como a certidão de óbito e o currículo do homenageado e o termo de concordância dos moradores do local, ficam fazendo partes integrantes da presente lei.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Palácio Tibiraji, 07 de junho de 2019

ANTONIO SHIGUEYUKI AIACYDA  
Prefeito Municipal

LEONILIA LEITE  
Secretária Municipal de Administração, Tecnologia e Modernização

FABIANA BRANDÃO DE CAMPOS  
Diretora Administrativa

**VOCÊ TAMBÉM  
PODE SALVAR  
VIDAS**

**DOE  
SANGUE!**

**FUNDAÇÃO  
PRÓ-SANGUE**

**Alô Pró-Sangue  
(11) 4573-7800**

O Alô Pró-Sangue atende pessoas interessadas em informações sobre a doação de sangue, postos de coleta e horário de atendimento. Tire suas dúvidas de segunda a sexta-feira, das 08 às 17 horas, exceto feriados e emendas de feriados ou envie uma mensagem para [faleconosco@prosangue.sp.gov.br](mailto:faleconosco@prosangue.sp.gov.br). Para outras informações, ligue para 11 4573-7500.

**NÃO DEIXE ESSA DOENÇA**

**ACABAR COM SUA FAMÍLIA**



**CUIDE DA  
SUA CASA**

**FALE COM  
SEUS VIZINHOS**

**COMUNIQUE A  
PREFEITURA**



Guarde as garrafas viradas com a boca para baixo



Desobstrua as calhas removendo tudo que impeça da água fluir



Não deixe água da chuva parada sobre a laje



Evite fazer criadouros, não utilize pratinhos nos vasos de plantas



Mantenha bem tampado tonéis e barris de água



Guarde os pneus sem água em local coberto da chuva



Mantenha a caixa d'água sempre fechada e com tampa adequada



**PREVINA-SE CONTRA O MOSQUITO UTILIZANDO REPELENTE**



**Prefeitura de Mairiporã**

## Imprensa\_Oficial\_Mairipora\_Edicao\_815.pdf

Código do documento a047b77a-f0d9-416b-a3c2-d6d50955529f

### Assinaturas



José Luis Gonçalves de Moraes  
zeluis.moraes@gmail.com  
Assinou



### Eventos do documento

#### 10 Jun 2019, 11:48:08

Documento número a047b77a-f0d9-416b-a3c2-d6d50955529f **criado** por JOSÉ LUIS GONÇALVES DE MORAES (Conta d86c81c7-50dd-47fd-8012-e9cfdefceb7e). Email :zeluis.moraes@gmail.com. - DATE\_ATOM: 2019-06-10T11:48:08-03:00

#### 10 Jun 2019, 11:49:23

Lista de assinatura **iniciada** por JOSÉ LUIS GONÇALVES DE MORAES (Conta d86c81c7-50dd-47fd-8012-e9cfdefceb7e). Email: zeluis.moraes@gmail.com. - DATE\_ATOM: 2019-06-10T11:49:23-03:00

#### 10 Jun 2019, 11:49:29

JOSÉ LUIS GONÇALVES DE MORAES **Assinou** (Conta d86c81c7-50dd-47fd-8012-e9cfdefceb7e) - Email: zeluis.moraes@gmail.com - IP: 177.103.177.118 (177-103-177-118.dsl.telesp.net.br porta: 44186) - Documento de identificação informado: 130.220.118-22 - DATE\_ATOM: 2019-06-10T11:49:29-03:00

#### Hash do documento original

(SHA256):455f17ce81bf85becd3e35721a82a1e650b37d398f1ad4d6e3a0655b46c68290

(SHA512):8cef8ce3661ba8a1004354ecc153d3628974f2c926b4f87b4a91c024eb89c765724757fffeec1b1cb957042d8361ee0cd1faf22f56ee452b18b0d3538d27c9d7

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign**