CONVOCAÇÃO CARGO CONTADOR– REFERENTE AO CONCURSO PÚBLICO

Nº 042/2021

CARGO	NOME DO CANDIDATO
CONTADOR	DANIELA YUME KOBAYASI

Pelo presente instrumento fica CONVOCADO para comparecer na Prefeitura de Navegantes, localizada na Rua João Emilio, nº 100 – Centro, Navegantes – CEP 88370-446, no prazo de 2 (dois) dias úteis, para tratar da sua NOMEAÇÃO para o cargo de **CONTADOR,** conforme sua classificação no CONCURSO PÚBLICO nº 042/2021.

Na data acima a referida o candidato deverá estar munido de todas a documentações necessárias para a nomeação, conforme anexo e-mail encaminhado.

O não comparecimento dentro do prazo determinado implicará na perda automática da vaga.

Navegantes, 05 de fevereiro de 2026.

Analuiza Manfron Valle
Gerência de Admissão e Gestão de Pessoal -SEPAF

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO:

a. 1 foto 3x4 atualizada

b. 1 cópias do RG – Carteira de Identidade – **não pode ser habilitação**
c. 1 Cópias do CPF
d. Situação Cadastral do CPF (https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp **)**
e. 1 Cópias do Comprovante de Residência – **em nome do candidato, pai ou mãe, se do cônjuge, anexar a certidão de casamento ou declaração de residência.**
f. Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento ou escritura pública de união estável ou documento similar emitido por autoridade de registro civil e RG **e CPF do(a) companheiro (a)**
g. Cópia do Certificado de Reservista ou equivalente (para candidatos do sexo masculino até 45 anos)
h. Cópia do Título de Eleitor
i. Cópia do comprovante da última votação
j. Apresentar laudo médico de aptidão física e mental para o exercício das atribuições do cargo expedido pelos médicos do trabalho oficiais do município; **A data do exame será agendada no ato da entrega de documentos.**
k. 1 Cópia da Carteira Profissional frente e verso, constando: Número, Série, U.F. e Data de Expedição
l. 1 Cópia do Número de PIS/PASEP
m. 1 Cópia do Conselho de Registro Profissional (se o cargo exigir)
n. 1 Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se o cargo exigir)
o. DIPLOMA ou HISTÓRICO ESCOLAR comprovando a escolaridade e a especialidade exigida para o cargo **cópia e original para autenticidade,**
p. Apresentar declaração de bens, conforme legislação vigente
q. Anexo III – Declaração dados do admitido
r. Declaração negativa de acumulação de cargo público ou de condição de acumulação amparada pela Constituição
s. Declaração de não ter sofrido, no exercício de função pública, as penalidades previstas no artigo 137 da Lei 6.745/85 e o Parágrafo Único da Lei Federal nº 8.112/90 e as correspondentes, constantes da Legislação do Estado e dos Municípios
t. Certidão de Nascimento dos dependentes, ou RG.
u. **CPF** dos dependentes**.**
v. 1 Cópia de Comprovante de Escolaridade para filhos maiores de 07 (sete) anos
w. 1 Cópia da Carteira de Vacinação para filhos menores de 7(sete) anos
x. Para dependentes de Imposto de Renda com idade superior a 17 (dezessete) anos, deverá anexar aos documentos necessários a admissão cópia da Certidão de Nascimento e do CPF do dependente
y. Se possuir filhos menores de 18 anos: RG ou Certidão de Nascimento
z. Se possuir filhos entre 18 e 21 anos: RG e CPF
aa. Se possuir filhos com algum tipo de deficiência incapacitante permanente: Laudo médico e documentação do dependente RG e CPF
bb. Se possui filhos dependentes em situação de guarda, tutela ou curatela: termo correspondente e documentação do dependente RG e CPF
cc. 1 Cópia do Ato de Exoneração do Cargo que exercia, se Funcionário Público
dd. Certidões de Negativas de Antecedentes Criminais:
a) **Justiça Federal**(https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php) certidão cível, criminal e fins eleitorais
b) **Justiça Estadual**(no Fórum de sua Cidade ou pelo site https://esaj.tjsc.jus.br/sco/abrirCadastro.do) criminal
c) **Justiça Eleitoral**(https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidoes) certidão de quitação e de crimes eleitorais.
ee. Declaração NavegantesPrev - CENSO PREVIDENCIÁRIO MUNICIPAL
ff. Extrato CNIS (https://meu.inss.gov.br/) > Extrato de Contribuições (CNIS) > Baixar PDF com relações previdenciárias e remunerações)

OBS: Os itens **Q, R, S,** foram anexados os Formulários para preenchimento, assinatura e apresentação com toda a documentação.

ANEXO I

NOME_____**TELEFONE** _____

RG_____**CPF**_____**DATA DE NASCIMENTO**_____/_____/_____

END_____**Nº**_____

BAIRRO_____**CIDADE**_____**UF**_____

CARGO_____**SECRETARIA DE** _____

EFETIVO ( ) ACT ( ) COMISSIONADO ( )

QUESTIONARIO PRÉ ADMISSIONAL MASCULINO

01 – Fumante ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ex fumante
02 – Pratica algum tipo de atividade física ? qual (is)? ( ) Sim ( ) Não
03 - Já fez alguma cirurgia ? qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não
04 - Já sofreu algum tipo de fratura ? Em que parte do corpo? ( ) Sim ( ) Não
05- Já teve algum acidente de trabalho importante? ( ) Sim ( ) Não
06 – Tem filhos ?Quantos? ( )
07 – Tem problema de saúde na família , tipo: diabetes , hipertensão , cardiopatias , câncer ou AVC? Qual parentesco ?
( ) Sim ( ) Não
08 – Já teve alguma doença grave? Qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não
09 – Algum sintoma como dor de cabeça , tontura , desmaio ? Se sim , qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não
10 – Algum problema de visão ? ( ) Sim ( ) Não
11 – Algum problema no ouvido, como: dor , zumbido ou chiado ? ( ) Sim ( ) Não
12 – Alguma dor na garganta, como : falta de voz ou rouquidão ? ( ) Sim ( ) Não
13 – Algum problema pulmonar como : falta de ar, asma ou bronquite? ( ) Sim ( ) Não
14 – Sente dor no peito , como : palpitação? ( ) Sim ( ) Não
15 – Sente algum tipo de dor no estomago como : azia ,queimação ou quando se alimente sente alguma dor? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
16 – Tem ou já teve algum distúrbio psiquiátrico ? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
17 – Apresente algum problema de saúde aqui não especificado ? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
18 – Toma algum tipo de medicação continua ? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
19 – Como esta sua alimentação ? Adequada ( ) Não adequada ( )
20 – Como esta seu sono ? De boa qualidade ( ) Sem qualidade ( )

Afirmo que todas as informações prestadas são verdadeiras, sabendo que informações erradas, simulações serão enquadradas e puníveis de acordo com os critérios legais ***ART. 301 e 304 do CÓDICO PENAL.***

Ass:_____

Data :_____/_____/_____

ANEXO II

NOME_____**TELEFONE** _____

RG_____**CPF**_____**DATA DE NASCIMENTO**_____/_____/_____

END_____**Nº**_____

BAIRRO_____**CIDADE**_____**UF**_____

CARGO_____**SECRETARIA DE** _____

EFETIVO ( ) ACT ( ) COMISSIONADO ( )

QUESTIONARIO PRÉ ADMISSIONAL FEMININO

01 – Fumante ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ex fumante
02 – Pratica algum tipo de atividade física ? qual (is)? ( ) Sim ( ) Não
03 - Já fez alguma cirurgia ? qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não
04 - Já sofreu algum tipo de fratura ? Em que parte do corpo? ( ) Sim ( ) Não
05- Já teve algum acidente de trabalho importante? ( ) Sim ( ) Não
06 – Tem filhos ?Quantos? ( )
07 – Tem problema de saúde na família , tipo: diabetes , hipertensão , cardiopatias , câncer ou AVC? Qual parentesco ?
( ) Sim ( ) Não
08 – Já teve alguma doença grave? Qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não
09 – Algum sintoma como dor de cabeça , tontura , desmaio ? Se sim , qual (is) ? ( ) Sim ( ) Não
10 – Algum problema de visão ? ( ) Sim ( ) Não
11 – Algum problema no ouvido, como: dor , zumbido ou chiado ? ( ) Sim ( ) Não
12 – Alguma dor na garganta, como : falta de voz ou rouquidão ? ( ) Sim ( ) Não
13 – Algum problema pulmonar como : falta de ar, asma ou bronquite? ( ) Sim ( ) Não
14 – Sente dor no peito , como : palpitação? ( ) Sim ( ) Não
15 – Sente algum tipo de dor no estomago como : azia ,queimação ou quando se alimente sente alguma dor? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
16 – Tem ou já teve algum distúrbio psiquiátrico ? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
17 – Apresente algum problema de saúde aqui não especificado ? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
18 – Toma algum tipo de medicação continua ? Se sim qual?
( ) Sim ( ) Não
19 – Como esta sua alimentação ? Adequada ( ) Não adequada ( )
20 – Como esta seu sono ? De boa qualidade ( ) Sem qualidade ( )

Afirmo que todas as informações prestadas são verdadeiras, sabendo que informações erradas, simulações serão enquadradas e puníveis de acordo com os critérios legais ***ART. 301 e 304 do CÓDICO PENAL.***

Ass:_____

Data :_____/_____/_____

ANEXO III

DECLARAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO (A) ADMITIDO (A):
Nome:
Cargo:
Secretaria Municipal de

Já trabalhou com carteira assinada?

( )SIM ( ) NÃO

Se nunca teve carteira assinada, e seja o seu primeiro emprego, informar se tem:

( ) PIS ou ( ) PASEP ( ) NÃO TEM

Tem dependente para Imposto de Renda?

( )SIM ( ) NÃO

Se sim, quais os respectivos nomes dos dependentes?

_____

_____

E-mail do funcionário: _____

Número do telefone do funcionário:

_____

Possui empresa conforme situação abaixo:

Participar de gerência ou administração de empresa privada, de sociedade civil, ou exercendo comércio, transacionar com o Poder Público, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comodatário:

( )SIM ( ) NÃO

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração

Navegantes, _____ de _____ de 2026.

_____
Assinatura do declarante

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO EXERCÍCIO DE FUNÇÃO PÚBLICA

Eu, _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº._____, CPF nº._____, **declaro,** junto à Prefeitura Municipal de Navegantes, não ter sofrido, no exercício da função pública, as penalidades previstas no art. 137, da Lei nº. 8.112/90, das quais tenho pleno conhecimento.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Navegantes, _____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do declarante

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS

IDENTIFICAÇÃO DO (A) CONTRATADO (A)

Nome:
Secretaria:
Cargo:

Declaro, em cumprimento às disposições legais vigentes, que não estou em disponibilidade, em gozo de aposentadoria, em licença para tratar de interesse particular ou suspensão contratual, nem ocupo nenhum outro cargo/emprego/função em autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e controladas, fundação mantida pelo poder público ou outra entidade que se ache sob seu controle direto ou indireto, quer no âmbito federal, estadual ou municipal.

Navegantes, _____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do declarante

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE BENS, DIREITOS, VALORES, COM INDICAÇÃO DAS FONTES DE RENDA CONFORME RESOLUÇÃO TC – 10/94	
1. IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE	
NOME:	
ORGÃO DE LOTAÇÃO:	
CARGO/FUNÇÃO:	
DATA DA POSSE:	**DATA DA EXONERAÇÃO:**

2. FONTES DE RENDA	
DENOMINAÇÃO:	**CNPJ/CPF:**
PREFEITURA DE NAVEGANTES	83.102.855/001-50

3. RELAÇÃO DE BENS, DIREITOS E VALORES			
ESPECIFICAÇÃO	**DATA AQUISIÇÃO (AQ) ALIENAÇÃO (AL)**	**VALOR R$**	**COD: 1.2 3.4**

4. CARGOS. FUNÇÕES OU CARGOS EFETIVOS OCUPADOS NOS ULTIMOS 2 (DOIS) ANOS		
ENTIDADE	**CARGO**	**PERÍODO**

Atesto para os devidos fins, que os dados constantes da presente declaração são expressão da verdade.

Navegantes, _____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura

TERMO DE CIÊNCIA

REGIME DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR – RPC

Atráves deste documento damos conhecimento de que, com base na **Lei Complementar nº 372/2021**, está instituído no âmbito do Município de **NAVEGANTES**, o **Regime de Previdência Complementar – RPC.**

Com a **publicação da Portaria PREVIC nº 945/2022, no Diário Oficial da União, de 16/10/2022,** aprovando o Convênio deAdesão celebrado entre o Município de Navegantes, na condição de patrocinador do Plano Viva Mais Multi Prefeituras e a Fundação Sanepar de Previdência e Assistência Social - FUSAN, na condição de Entidade Fechada de Previdência Complementar responsável pela administração do referido plano, **o Regime de Previdência Complementar passa a ser obrigatoriamente aplicável aos servidores, titulares de cargos efetivos, que ingressaram no serviço público municipal a partir da data de 21/10/2022.**

Assim, você servidor(a), cuja data de admissão foi efetivada a partir de 21/10/2022, está submetido a dois Regimes Previdenciários:

a) REGIME PRÓPRIO DE PREVIDENCIA SOCIAL – RPPS.

b) REGIME PREVIDENCIA COMPLEMENTAR - RPC (disciplinado pelo art. 202 da Constituição Federal). Com a finalidade de oferecer um **plano de previdência complementar aos servidores municipais,** o Município de **Navegantes** celebrou um **Convênio de Adesão com a FUSAN,** administradora do **Plano Viva Mais Multi Prefeituras.** A a **filiação e a contribuição** a este Plano Viva Mais Multi Prefeituras **é facultativa ao servidor.** Maiores informações acerca deste plano poderão ser obtidas através dos seguintes canais de atendimento da FUSAN:

- Site: https://www.fundacaosanepar.com.br/vivamaismultiprefeituras
- E-mail: Relacionamento@fusan.com.br
- Fone: 0800 200 2090

DA INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA AO PLANO DO SERVIDOR COM REMUNERAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO ACIMA DO TETO DO RGPS

Se na data de admissão no Município a sua remuneração de contribuição excede o teto do RGPS/INSS, você será inscrito automaticamente no Plano Viva Mais Multi Prefeituras, de conformidade com o disposto no art. **14** da Lei Complementar nº **372/2021**, **com a alíquota de contribuição de 8,5% incidente sobre a parcela de remuneração de contribuição que exceder teto do RGPS/INSS**, assegurado o direito de **contribuições paritárias a serem realizadas pelo patrocinador**.

Você terá a opção de **requerer o cancelamento desta inscrição ao plano no prazo de até 90 dias**, bem como, **será restituído das contribuições pessoais** realizadas no período, atualizadas pela variação do índice do Plano, a serem **pagas em até 60 (sessenta) dias contados da data do protocolo do pedido de cancelamento realizada junto a FUSAN**, pelos seguintes canais de atendimento:

- E-mail: Relacionamento@fusan.com.br
- Fone: 0800 200 2090

A Lei Complementar nº **372/2021** que trata do Regime de Previdência Complementar poderá ser acessada na íntegra pelo link abaixo:

http://leismunicipa.is/bazsl

Através deste instrumento, eu _____, CPF nº _____, cargo _____, declaro que recebi todas as informações acima discriminadas e que foram esclarecidas as minhas dúvidas e questionamentos acerca das normas e regras ao qual estou submetido com a efetivação do Regime de Previdência Complementar no Município de Navegantes. Ciente em: _____/_____/2025.

_____

Assinatura

Dados do servidor(a) responsável pela ciência:

Data: ____/ ____/ 2026.

Nome: _____

Assinatura: ___

CADASTRAMENTO DE NOVOS SERVIDORES /CENSO PREVIDENCIÁRIO MUNICIPAL

NOME: _____

CARGO: _____

NOME:

DADOS PESSOAIS:

CARGO: _____

Possui Deficiência Física ou Intelectual: ( ) Sim ( ) Não Tipo de Deficiência: _____

Recebe Benefício de Aposentadoria/Pensão do INSS ou outro Regime: ( ) Sim ( ) Não

Tipo de Benefício: _____ Valor bruto: R$ _____

==========

DEPENDENTES: (Exemplos: Cônjuge, companheiro(a), ex-cônjuge recebendo pensão alimentícia)

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [__/__/_____]

Data do casamento/união estável: [__/__/_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para o cadastramento): [_____]

Dep IRRF: ( ) Sim ( ) Não Possui Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

---

DEPENDENTES: (Exemplos: filho(a), enteado(a), menor sob sua guarda)

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [__/__/_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para o cadastramento): [_____]

Dep IRRF: ( ) Sim ( ) Não Possui Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

---

DEPENDENTES: (Exemplos: filho(a), enteado(a), menor sob sua guarda)

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [__/__/_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para o cadastramento): [_____]

Dep IRRF: ( ) Sim ( ) Não Possui Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

---

DEPENDENTES: (Exemplos: filho(a), enteado(a), menor sob sua guarda)

Tipo de Dependência ou Parentesco: [_____]

Nome: [_____] Data de Nascimento: [__/__/_____]

CPF do Dependente (Obrigatório para o cadastramento): [_____]

Dep IRRF: ( ) Sim ( ) Não Possui Incapacidade Física ou Mental para o trabalho: ( ) Sim ( ) Não

EMPREGOS ANTERIORES **COM CONTRIBUIÇÃO PARA O INSS** _ REGISTRO NA CARTEIRA DE CONTRIBUINTE INDIVIDUAL / AUTÔNOMO / SERVIÇO PÚBLICO CONTRATADO/COMISSIONADO (**PREENCHER OU ANEXAR EXTRATO DO CNIS, RETIRADO NO SITE www.meu.inss.gov.br**)

1º VÍNCULO [_____]

Data do Início [_____ Data do Término [_____]

2º VÍNCULO [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

3º VÍNCULO [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

4º VÍNCULO [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

EMPREGOS ANTERIORES **COM CONTRIBUIÇÃO PARA OUTRO REGIME PRÓPRIO** _ SERVIDOR EFETIVO:

1º VÍNCULO [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

2º VÍNCULO [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

3º VÍNCULO [_____]

Data do Início [_____] Data do Término [_____]

DADOS CONTATO

Telef. Celular: [_____]

Email: [_____]

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS E ME COMPROMETO A FORNECER A DOCUMENTAÇÃO CORRESPONDENTE, CASO SOLICITADO. DECLARO, AINDA, QUE QUALQUER ALTERAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES SERÁ COMUNICADA IMEDIATAMENTE AO SETOR DE RECURSOS HUMANOS.

_____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1) FAVOR NÃO RASURAR O FORMULÁRIO
2) ANEXAR O EXTRATO DO CNIS (www.meu.inss.gov.br)
3) APÓS O RECADASTRAMENTO, O SERVIDOR DEVERÁ MANTER SEUS DADOS ATUALIZADOS, COMUNICANDO IMEDIAMENTE QUALQUER ALTERAÇÃO, MEDIANTE O PREENCHIMENTO APENAS DOS CAMPOS A SEREM ALTERADOS.