



CONCURSO PUBLICO 001/2024 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 016/2025

CARGO	NOME DO CANDIDATO
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	BRUNA MAYARA STROBEL FERNANDES
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	TAMARA SAMPAIO VIEIRA FERNANDES
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	LUIZA DE SOUZA LIMA
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	JASMINE GRACIELE SIQUEIRA WALTRIK
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	CLESIO BARROS DE ALMEIDA CAMPAGNARO PCD
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	JACKSON WILLIAM SCHMITT
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	JULIETA JAURRETCHE
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	JACKSON ALISSON SILVA
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	EMANOELLE DA SILVA ALVES
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	ERICK RIBEIRO BARBOSA
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	NINA MARCON LINDENMEYER
PROFESSOR DE ARTE – ED. INFANTIL	CLESIO BARROS DE ALMEIDA CAMPAGNARO

Pelo presente instrumento ficam **CONVOCADOS** para comparecer na Secretaria de Educação -, localizada AV. Prefeito José Juvenal Mafra, 430 - Centro, Navegantes - SC, 88375-000 – Telefone: (47) 3342-9500 – e-mail: rh.apoio@navegantes.sc.gov.br, no dia 03/02/2025 as 8:50horas , para tratar da sua NOMEAÇÃO para o cargo de **Professor de Arte – Educação Infantil**, conforme sua classificação no CONCURSO PÚBLICO MUNICIPAL nº 001/2024.

Na data acima referida o candidato deverá estar munido de todas a documentações necessárias para a nomeação, anexo e no e-mail enviado, e serão encaminhados ao médico do trabalho. A escolha das vagas acontecerá no dia 03/02/2025 as 08:50 horas. O início das atividades será a partir de 06 de fevereiro de 2025.

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

Navegantes, 21 de Janeiro de 2025.

ANALUIZ MANFRON VALLE
Gerente da Gerência de
Admissão e Gestão de Pessoa
SEPAF

Taís Faria
Matriula:6344054

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO:

- a. **Qualificação Cadastral** (<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>)
- b. 1 foto 3x4 atualizada
- c. 1 cópias do RG – Carteira de Identidade – **não pode ser habilitação**
- d. 1 Cópia do CPF
- e. Situação Cadastral do CPF (<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp>)
- f. 1 Cópia do Comprovante de Residência – **em nome do candidato, pai ou mãe, se do cônjuge, anexar a certidão de casamento ou declaração de residência.**
- g. 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)**
- h. Cópia do Certificado de Reservista ou equivalente (para candidatos do sexo masculino até 45 anos)
- i. Cópia do Título de Eleitor
- j. Cópia do comprovante da última votação
- k. 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.**
- l. 1 Cópia da Carteira Profissional frente e verso, constando: Número, Série, U.F. e Data de Expedição
- m. 1 Cópia do Número de PIS/PASEP
- n. 1 Cópia do Conselho de Registro Profissional (se o cargo exigir)
- o. 1 Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se o cargo exigir)
- p. DIPLOMA ou HISTÓRICO ESCOLAR comprovando a escolaridade e a especialidade exigida para o cargo **cópia e original para autenticidade,**
- q. Apresentar declaração de bens, conforme legislação vigente
- 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 ADMISSINAL 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

Qual raça você se identifica :

Branca Preta Parda Amarela Indígena

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:

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração

Navegantes, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do declarante

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 2022.

Assinatura do declarante

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 2022.

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 ÚLTIMOS 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 2023.

Assinatura