



CONCURSO PUBLICO 030/2021 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 017/2025

CARGO	NOME DO CANDIDATO
Professor de Educação Infantil	SUELI SILVÉRIO TOMÁZ VICENTE
Professor de Educação Infantil	MICHELLE MORAES
Professor de Educação Infantil	ELIANE HOWE
Professor de Educação Infantil	SIMONE DO ROCIO DA COSTA ENGROFF
Professor de Educação Infantil	DENISE DE SOUSA PIRES
Professor de Educação Infantil	MORGANA ISABEL PAULO
Professor de Educação Infantil	FERNANDA RODRIGUES DOS SANTOS
Professor de Educação Infantil	JOSIANE DE ANDRADE DUARTE
Professor de Educação Infantil	BRUNO DAS NEVES

Pelo presente instrumento ficam **CONVOCADOS** para comparecer na Secretaria de Educação, localizada na Av. Prefeito José Juvenal Mafra, nº 430 – Centro, Navegantes – CEP 88370-094, no dia 03/02/2025 as 13:00 horas, para tratar da sua NOMEAÇÃO para o cargo de **Professor de Educação Infantil**, conforme sua classificação no CONCURSO PÚBLICO MUNICIPAL nº 030/2021.

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 13:00 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.

Analuiza Manfron Valle

Gerente da Gerência de Admissão e Gestão de Pessoal -SEPAF





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 (dezesete) 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 _____ N° _____
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

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.





PREFEITURA DE
NAVEGANTES



Assinatura do declarante



Rua João Emílio, 100 - Centro - Navegantes - SC
CEP: 88370-446

"Doe órgãos! Doe sangue! Salve Vidas"



**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 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 2023.

Assinatura

