

PROCESSO SELETIVO 044/2023 – EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 062/2024

EDITAL DE CHAMADA DO PROCESSO SELETIVO 044/2023, DESTINADO A PROVER VAGAS PARA OS CARGOS DE AGENTE DE EDUCAÇÃO, EM DETERMINAÇÃO AO PEDIDO DE MEDIDA DE PROTEÇÃO Nº 5007069-98.2024.8.24.0135/SC, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVEGANTES, através da Secretaria de Administração, torna pública a décima quinta chamada do Edital do Processo Seletivo 044/2023 para o provimento da função de agente de educação.

Serão chamados para o provimento a partir de 01 de novembro de 2024 os candidatos aprovados e relacionados no Edital do Processo Seletivo 044/2023 conforme segue:

CARGO	QUANTIDADE DE VAGAS	CH	PERÍODO
AGENTE DE EDUCAÇÃO 20 H	02	20 h	MATUTINO/VESPERTINO

2. Das Exigências para a Contratação

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO:

- a. Qualificação Cadastral ( <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml> )
- b. 1 foto 3x4 atualizada
- c. Cópia do RG – Carteira de Identidade – **não pode ser habilitação**
- d. Cópia do CPF
- e. Situação Cadastral do CPF  
( <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp> )
- f. 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. Cópia da Carteira Profissional frente e verso, constando: Número, Série, U.F. e Data de Expedição
- m. Cópia do Número de PIS/PASEP
- n. Cópia do Conselho de Registro Profissional (se o cargo exigir)
- o. 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, NÃO SE CONSIDERA COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE DECLARAÇÃO DE ESTAR CURSANDO ENSINO SUPERIOR. SE CONSIDERA ENSINO SUPERIOR APÓS COLAÇÃO DE GRAU.**
- q. Declaração de bens, conforme legislação vigente; **(ANEXO)**
- r. Declaração negativa de acumulação de cargo público ou de condição de acumulação amparada pela Constituição; **(ANEXO)**
- 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; **(ANEXO)**
- t. Cópia do Ato de Exoneração do Cargo que exercia, se Funcionário Público;
- u. Certidão de Nascimento dos dependentes, ou RG.
- v. **CPF** dos dependentes.
- w. Cópia de Comprovante de Escolaridade para filhos maiores de 07 (sete) anos
- x. Cópia da Carteira de Vacinação para filhos menores de 7(sete) anos
- y. 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
- z. Se possuir filhos menores de 18 anos: RG ou Certidão de Nascimento
- aa. Se possuir filhos entre 18 e 21 anos: RG e CPF
- bb. Se possuir filhos com algum tipo de deficiência incapacitante permanente: Laudo médico e documentação do dependente RG e CPF
- cc. Se possui filhos dependentes em situação de guarda, tutela ou curatela: termo correspondente e documentação do dependente RG e CPF

**dd.** Certidões de Negativas de Antecedentes Criminais:

- a) **Justiça Federal** ( <https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php> ) certidão cível, certidão criminal e certidão para fins eleitorais;
- b) **Justiça Estadual** ( <https://www.tjsc.jus.br/web/judicial/certidoes> ) criminal;
- c) **Justiça Eleitoral** ( <https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidoes> ) certidão de quitação e de crimes eleitorais.

**3.1. Cargo: Agente de educação 20 h**

244	MARIA ELIZABETE DE LIMA ZVIR
245	GLEISIANE DO SOCORRO SALES ROMÃO DOS SANTOS

**4. Da entrega de documentos e escolha de vagas:**

**O candidato escolherá vaga após apresentar o comprovante da escolaridade exigida para o cargo (original e cópia), conforme edital de inscrição.**

*\* a escolha de vagas poderá ocorrer através de Procuração Pública específica para este fim juntamente com a cópia do RG do procurador, bem como deverão ser apresentados todos os documentos necessários para a contratação.*

**Favor chegar com apenas cinco (05) minutos de antecedência!!!!**  
**Em respeito ao local da chamada, favor não trazer acompanhantes.**  
**É expressamente proibido entrar com bebida ou comida no local!**

CARGO	DATA	HORÁRIO	LOCAL
AGENTE DE EDUCAÇÃO 20 H	12/11	09:00	RH da Prefeitura Municipal de Navegantes

\* RH – Rua: João Emílio, 100 – Centro – Navegantes - Próximo ao Ferry Boat

**5. Do exame médico:**

**\*\* Levar cópia do Rq e Anexo I ou II preenchido**

A data dos exames será agendada para janeiro, conforme data e horário entregue no ato da escolha de vagas. O exame será realizado na Junta médica, a data agendada não poderá ser alterada – Rua Anibal Gaya -164 – em frente a Navetran.

**Favor chegar com apenas cinco (05) minutos de antecedência!!!!**

**6. Da assinatura do contrato e retirada do encaminhamento para a unidade escolar:**

CARGO	DATA	HORÁRIO	LOCAL
AGENTE DE EDUCAÇÃO 20 H	12/11	13:30	RH da Prefeitura Municipal de Navegantes

RH – Rua: João Emílio, 100 – Centro – Navegantes - Próximo ao Ferry Boat

**7. Das Disposições Finais**

- 7.1. A convocação para apresentação será feita por meio de publicação no Diário Oficial dos Municípios, no site da Prefeitura Municipal de Navegantes, enviados por e-mail para o e-mail cadastrados pelo candidato no ato da inscrição e no mural público da Prefeitura Municipal de Navegantes.
- 7.2. Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria de Administração.
- 7.3. Todos deverão sem acompanhantes nos dias agendados.

Navegantes (SC), 07 de novembro de 2024.

Assinado eletronicamente por:  
 Nathalia Zabel  
 CPF: \*\*\*.921.649-\*\*  
 Data: 07/11/2024 15:40:56 -03:00

**Nathalia Zabel**  
 Diretora de RH



ANEXO I



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVEGANTES  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL

NOME \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_  
END \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CARGO \_\_\_\_\_ SECRETARIA DE EDUCAÇÃO  
EFETIVO ( ) ACT ( X ) 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 contínua ? 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



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVEGANTES**  
**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL**

NOME \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
END \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CARGO \_\_\_\_\_ SECRETARIA DE EDUCAÇÃO  
EFETIVO ( ) ACT ( X ) 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 – Já esteve grávida ?  
( ) Sim ( ) Não
- 07 – Quantos filhos?  
( )
- 08 – Parto Normal ou Cesária ?  
Normal ( ) Cesária ( ) Normal e Cesária ( )
- 09 – Tem problema de saúde na família , tipo: diabetes , hipertensão , cardiopatias , câncer ou AVC? Qual parentesco ?  
( ) Sim ( ) Não
- 10 – Já teve alguma doença grave? Qual (is) ?  
( ) Sim ( ) Não
- 11- Tem menstruação regular ?  
( ) Sim ( ) Não
- 12 – Toma algum anticoncepcional ? qual (is)?  
( ) Sim ( ) Não
- 13 – Algum sintoma como dor de cabeça , tontura , desmaio ? Se sim , qual (is) ?  
( ) Sim ( ) Não
- 14 – Algum problema de visão ?  
( ) Sim ( ) Não
- 15 – Algum problema no ouvido, como: dor , zumbido ou chiado ?  
( ) Sim ( ) Não
- 16 – Alguma dor na garganta, como : falta de voz ou rouquidão ?  
( ) Sim ( ) Não
- 17 – Algum problema pulmonar como : falta de ar, asma ou bronquite?  
( ) Sim ( ) Não
- 18 – Sente dor no peito , como : palpitação?  
( ) Sim ( ) Não
- 19 – Sente algum tipo de dor no estomago como : azia ,queimação ou quando se alimente sente alguma dor? Se sim qual?  
( ) Sim ( ) Não
- 20 – Tem ou já teve algum distúrbio psiquiátrico ? Se sim qual?  
( ) Sim ( ) Não
- 21 – Apresente algum problema de saúde aqui não especificado ? Se sim qual?  
( ) Sim ( ) Não
- 22 – Toma algum tipo de medicação continua ? Se sim qual?  
( ) Sim ( ) Não
- 23 – Como esta sua alimentação ?  
Adequada ( ) Não adequada ( )
- 24 – 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO (A) ADMITIDO (A):

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Secretaria: **Municipal de Educação**

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 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
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 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
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.

Assinatura \_\_\_\_\_

Navegantes, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.





**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS**

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) CONTRATADO (A)**

Nome: \_\_\_\_\_  
Secretaria: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

Declaro, em cumprimento às disposições legais vigentes, que estou em disponibilidade, em gozo de aposentadoria, em licença para tratar de interesse particular ou suspensão contratual, ou ocupo 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.

Nome: \_\_\_\_\_  
Secretaria: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Navegantes, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.







**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:	CGC/CPF:
PREFEITURA DE NAVEGANTES	83.102.855/001-50

**3. RELAÇÃO DE BENS, DIREITOS E VALORES**

ESPECIFICAÇÃO	DATA	VALOR R\$	COD:
	AQUISIÇÃO (AQ) ALIENAÇÃO (AL)		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 20\_\_\_\_.

Assinatura





# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: AXEL3-6SM97-2XQKQ-NTVYR

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Nathalia Zabel (CPF \*\*\*.921.649-\*\*) em 07/11/2024 15:40 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
201.55.107.177	Lat: -26,901379      Long: -48,653755
	Precisão: 241 (metros)
Autenticação	nathalia.zabel@navegantes.sc.gov.br
Email verificado	
a90q0v0JM89CeQnZ4H0TNF0xa3Woh4c/Npayba5ZE8o=	
SHA-256	

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://assinador.silosign.com.br/validate/AXEL3-6SM97-2XQKQ-NTVYR>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://assinador.silosign.com.br/validate>