EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 24/2026

O Departamento de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, através da Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças do Município de Navegantes, no uso de suas atribuições legais, convoca os candidatos abaixo relacionados, aprovados para o cargo de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, para dar prosseguimento às etapas de admissão, conforme cronograma e orientações a seguir:

1. RELAÇÃO DE CONVOCADOS

Nº CLASSIFICAÇÃO	NOME COMPLETO
68	FRANCINI MARILDA SILVA
69	RAFAEL BUSATO
70	NATHALIA CRISTINA DA SILVA GUANDALIM
71	JULIO CESAR FORTE
72	TANIA APARECIDA DOS SANTOS
73	MARCOS ALESSANDRO DE CASTRO BATISTA
74	ODAIR JOSÉ PEREIRA DE SOUZA
75	ROSANE FECKE CARDOSO
76	ISIS BARROS MASSARETTO
77	ISABEL DA SILVA
78	PAULA THEREZINHA ZIMMERMANN REIS
79	FABIANE ALVES DO NASCIMENTO BRISTOTTI
80	RAFAELA BUENO DA SILVA
81	CLENIR APARECIDA BERNARDO LUZIA
82	JANIO PEREIRA DO CARMO

2. DA ENTREGA E DOS PRAZOS DA DOCUMENTAÇÃO

Os candidatos convocados deverão encaminhar toda a documentação exigida, conforme descrita neste edital, em um único arquivo em formato PDF, para o e-mail: documentos.admissao@navegantes.sc.gov.br Prazo limite para envio: 19 de fevereiro de 2026 (quinta-feira).

3. EXAME ADMISSIONAL

O exame médico admissional será realizado no dia 20 de fevereiro de 2026 (sexta-feira), às 14h30, na Junta Médica Municipal, localizada na Rua Anibal Gaya, nº 164, Centro, Navegantes/SC, CEP 88370-474.

4. POSSE

Após a entrega da documentação completa e a realização do exame admissional, a posse ocorrerá no dia 23 de fevereiro de 2026 (segunda-feira), na Secretaria de Planejamento, Administração e Finanças, situada na Rua João Emílio, nº 100, Centro, Navegantes/SC, CEP 88370-446.

Importante: O documentos originais referente ao **DIPLOMA e HISTÓRICO ESCOLAR** mencionados na letra O do anexo I deste edital deverá ser apresentado no ato da posse para fins de verificação de autenticidade.

5. EXERCÍCIO DO CARGO

O exercício do cargo será no dia 02 de março de 2026 (segunda-feira).

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. O candidato que não enviar a documentação completa dentro do prazo estabelecido ou que não comparecer ao exame admissional será considerado desistente, sendo automaticamente desclassificado da convocação.

6.2. O não comparecimento para a posse na data e horário estabelecidos também implicará perda do direito à nomeação, salvo justificativa formal aceita pela Secretaria.

6.3. A apresentação de documentos falsos ou divergentes implicará indeferimento da posse e comunicação imediata aos órgãos competentes.

Navegantes/SC, 13 de fevereiro de 2026.

Analuiza Manfron Valle
Gerente de Admissão e Gestão de Pessoal

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO

1. Currículo Profissional (PDF)
2. **Diploma ou Histórico Escolar (frente e verso obrigatório)** que comprove a escolaridade e a especialidade exigidas para o cargo, com apresentação do original para conferência.
    - Não é aceito comprovante de escolaridade na forma de declaração de estar cursando ensino superior.
    - Considera-se ensino superior somente após a colação de grau.
    - Obs: A apresentação do Diploma é obrigatório para a escolha de vagas.

3. Cópia do **RG / Identidade** (não é aceita CNH).
4. **Situação Cadastral do CPF** – (https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp)
5. Cópia do **Comprovante de Residência** (em nome do candidato, pai ou mãe); ou
    - Se estiver em nome do cônjuge, trazer certidão de casamento + comprovante de residência (ou declaração de residência emitida pelo titular).
6. Cópia da **Certidão de Nascimento, ou Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável**;
    - Caso seja Certidão de Casamento, anexar também **RG/CPF** do(a) companheiro(a).
7. Cópia do **Título de Eleitor**.
8. Cópia da **Carteira de Trabalho (frente e verso)**, constando número, série, UF e data de expedição/emissão.
9. Cópia do **Número do PIS/PASEP**.

10. Cópia do **Certificado de Reservista** ou equivalente (para candidatos do sexo masculino até 45 anos).
11. Cópia do **Conselho de Registro Profissional** (somente se o cargo exigir).
12. Cópia da **Carteira Nacional de Habilitação – CNH** (somente se o cargo exigir).
13. Cópia do **Ato de Exoneração** do cargo anteriormente exercido (somente se o candidato já foi servidor público).
14. Cópia de **Extrato CNIS:** (https://meu.inss.gov.br/) > Extrato de Contribuições (CNIS) > Baixar PDF com relações previdenciárias e remunerações) ---- (Somente Cargo **EFETIVO).**

15. **ANEXO 1 - Questionário Pré-Admissional para Exame Médico** (este documento deverá ser apresentado no dia do exame admissional);
16. **ANEXO 2 - Declaração de Informações Cadastrais;**
17. **ANEXO 3 - Declaração de bens** (caso não tenha bens em seu nome, preencher o cabeçalho, deixar em branco e assinar);
18. **ANEXO 4 - Declaração sobre de acumulação de cargo público;**
19. **ANEXO 5 - Declaração de não ter sofrido penalidades** no exercício de função pública;

20. **ANEXO 6 - Declaração de Nepotismo (**Somente Cargo **COMISSIONADO);**
21. **ANEXO 7 - Declaração de adequação a Lei nº 3602/2021 (**Somente Cargo **COMISSIONADO);**
22. **ANEXO 8 - Declaração NavegantesPrev - CENSO PREVIDENCIÁRIO MUNICIPAL (**Somente Cargo **EFETIVO).**

Certidões Justiça Federal – TRF4 (https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php)

23. Certidão cível;
24. Certidão criminal;
25. Certidão para fins eleitorais.

Certidões Justiça Estadual – TJSC (https://www.tjsc.jus.br/web/judicial/certidoes) - Obs: acessar com o GOV).

26. Certidão criminal;

Certidões Justiça Eleitoral – TSE (https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidoes)

27. Certidão de quitação eleitoral;
28. Certidão de crimes eleitorais.

DOCUMENTOS DE DEPENDENTES (SE HOUVER)

29. Para todos os dependentes: **Cópia da Certidão de Nascimento ou RG** e **CPF** (obrigatório);
30. Para dependentes com menos de 7 anos: Cópia da **Carteira de Vacinação;**
31. Para dependentes com mais de 7 anos: Cópia de **Comprovante de escolaridade** (matrícula ou frequência);
32. Para todos os dependentes **declarados para fins de Imposto de Renda**: Certidão de Nascimento ou RG e CPF.
33. Para filhos com **deficiência** incapacitante permanente: **laudo médico** e **RG e CPF** do dependente.
34. Para dependentes em **situação de guarda**, **tutela ou curatela**: termo **judicial** correspondente e **RG e CPF** do dependente.

DOCUMENTOS A APRESENTAR NO DIA DA ASSINATURA DO CONTRATO

35. **Exame Médico / ASO - Atestado de Saúde Ocupacional, com aptidão física e mental** - para o exercício das atribuições do cargo, expedido por médico oficial do Município. O exame será agendado no ato da entrega da documentação acima mencionada.

ANEXO 2
DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Nome completo:	**CPF:**
Cargo:	**Secretaria:**

CEP: **Cidade:**	**Bairro:**
Rua:	**Número:**

Data de Nascimento	_____/_____/_____	**Estado Civil:**
Sexo	**[ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Não informado**	
Nome da Mãe		
Nome do Pai		

Grau Escolaridade			
Cidade de Nascimento		**País de Nasc:**	
Raça	**[ ] Branca [ ] Preta [ ] Amarela [ ] Parda [ ] Indígena**		
N° RG		**Órgão RG**	
Data RG	_____/_____/_____	**Estado RG**	
PIS		**N° CTPS**	
DATA CTPS	_____/_____/_____	**Série CTPS**	
Não possui PIS? – marque com "x" aqui: ( )			
N° Título Eleitor		**Zona:**	
Estado Título Eleitor		**Seção:**	
N° Reservista [apenas masc]:			
E-mail:		**N° Celular:**	

Possui Dependentes para Imposto de Renda? [ ] Não [ ] Sim - Se sim, preencha abaixo:	
Nome Dependente:	**CPF:**
Data Nascimento: _____/_____/_____	[ ] Conjuge [ ] Filho(a)
Nome Dependente:	**CPF:**
Data Nascimento: _____/_____/_____	[ ] Conjuge [ ] Filho(a)
Nome Dependente:	**CPF:**
Data Nascimento: _____/_____/_____	[ ] Conjuge [ ] Filho(a)
Nome Dependente:	**CPF:**
Data Nascimento: _____/_____/_____	[ ] Conjuge [ ] Filho(a)
Nome Dependente:	**CPF:**
Data Nascimento: _____/_____/_____	[ ] Conjuge [ ] Filho(a)

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

Navegantes, _____/_____/_____ _____

Assinatura Servidor(a)

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 2025.

_____
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 2025.

_____

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 2025.

_____

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 2025.

_____

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: ____/ ____/ 2025.

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.