

EDITAL DE CHAMADA DO PROCESSO SELETIVO 044/2023, DESTINADO A PROVER VAGAS PARA OS CARGOS DE AGENTE DE EDUCAÇÃO, CONFORME DETERMINAÇÃO JUDICIAL 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 (dezesete) 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

240	FABIANO JOSE DE CAMPOS
241	KAMILY CAPELA SEVERINO

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	04/11	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	04/11	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.

Navegantes (SC), 31 de outubro de 2024.

Analuza Manfron Valle
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 ADMISSÃO 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 : ____/____/____





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 ADMISSÃO 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

