**RETIFICAÇÃO DA CONVOCAÇÃO – REFERENTE AO CONCURSO PÚBLICO**

**Nº 042/2021**

| CARGO | NOME DO CANDIDATO |
|---|---|
| ENGENHEIRO CIVIL | CAMILA LUANA LEAL DA CUNHA |

## Onde se lê:

Pelo presente instrumento ficam CONVOCADOS para comparecer na Prefeitura de Navegantes, localizada na Rua João Emilio, nº 100 – Centro, Navegantes – CEP 88370-446, no prazo de 48 horas para tratar da sua NOMEAÇÃO para o cargo de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO,** conforme sua classificação no CONCURSO PÚBLICO nº 042/2021.

Na data acima a referida o candidato deverá estar munido de todas a documentações necessárias para a nomeação, conforme anexo e-mail encaminhado.

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

## Leia -se:

Pelo presente instrumento ficam CONVOCADOS para comparecer na Prefeitura de Navegantes, localizada na Rua João Emilio, nº 100 – Centro, Navegantes – CEP 88370-446, no prazo de 48 horas para tratar da sua NOMEAÇÃO para o cargo de **ENGENHEIRO CIVIL,** conforme sua classificação no CONCURSO PÚBLICO nº 042/2021.

Na data acima a referida o candidato deverá estar munido de todas a documentações necessárias para a nomeação, conforme anexo e-mail encaminhado.

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

Navegantes, 14 de agosto de 2025.

**Analuiza Manfron Valle**

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 Cópias do CPF
**e.** Situação Cadastral do CPF (https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp **)**
**f.** 1 Cópias 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 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**

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