



**CONVOCAÇÃO AGENTE TÉCNICO EM SERVIÇOS PÚBLICOS– REFERENTE AO PROCESSO SELETIVO Nº 053/2023**

CARGO	NOME DO CANDIDATO
Agente Técnico em Serviços Públicos	RENATO HENRIQUE VOLTOLINI LUZ

Pelo presente instrumento fica CONVOCADA para comparecer na Prefeitura de Navegantes, localizada na Rua João Emilio, nº 100 – Centro, Navegantes – CEP 88370-446, no dia 07/02/2025 as 13:30 horas, para tratar da sua NOMEAÇÃO para o cargo de **Agente Técnico em Serviços Públicos**, conforme sua classificação no PROCESSO SELETIVO nº 053/2023.

Na data acima a referida o candidata deverá estar munida de todas a documentações necessárias para a nomeação, conforme anexo e-mail encaminhado. A escolha das vagas acontecerá no dia 07/02/2025 as 13:30 horas. O início das atividades será a partir de 10 de fevereiro de 2025.

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

Navegantes, 04 de fevereiro 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.

**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

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





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 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	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 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

