



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA DE NAVEGANTES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

PROCESSO SELETIVO – EDITAL Nº 005/2021

**EDITAL DE CHAMADA DO PROCESSO SELETIVO 041/2020, DESTINADO A PROVER VAGAS PARA O CARGO PROFESSOR DE SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS , E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

A PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVEGANTES, através da Secretaria de Administração, torna pública a segunda chamada do Edital do Processo Seletivo 041/2020 para o provimento da função Professor de sala de recursos Multifuncionais . Serão chamados para o provimento a partir de 23 de fevereiro de 2021 os candidatos aprovados e relacionados no Edital do Processo Seletivo 041/2020 conforme segue:

<b>CARGO</b>	<b>QUANTIDADE DE VAGAS</b>	<b>CH</b>	<b>PERÍODO</b>
Professor de sala de recursos Multifuncionais	<b>10</b>	<b>20/40 H</b>	<b>MAT/VESP</b>

2 . **Das Exigências para a Contratação**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO:**

**a. Qualificação Cadastral** (<http://portal.esocial.gov.br/institucional/consulta-qualificacao-cadastral>)

**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, consultar no site:**

<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>)

**f. 1 cópias do comprovante de residência – em nome do candidato, do pai ou da mãe, do cônjuge anexar cópia da certidão de casamento ou declaração de residência autenticada em cartório ou originais e cópias.**

**g. Cópia da certidão de nascimento ou casamento ou escritura pública de união estável ou documento similar emitido por autoridade de registro civil com cópia do 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. Questionário Pré Admissional preenchido para 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.**

**k. 1 cópia da carteira profissional frente e verso, constando: número, série, U.F. e data de expedição**

**l. 1 cópia do número de PIS/PASEP**

**m. 1 cópia do conselho de registro profissional (se o cargo exigir)**

**n. DIPLOMA ou HISTÓRICO ESCOLAR comprovando a escolaridade e a especialidade exigida para o cargo cópia e original,**

**o. Apresentar declaração de bens, conforme legislação vigente**

**p. Declaração negativa de acumulação de cargo público ou de condição de acumulação amparada pela Constituição**

**q. 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**

**r. Certidão de Nascimento dos dependentes, ou RG.**

**s. CPF dos dependentes, (nascidos antes de janeiro de 2018).**

**t. 1 cópia de Comprovante de Escolaridade para filhos maiores de 07 (sete) anos**

**u. 1 cópia da Carteira de Vacinação para filhos menores de 7(sete) anos**



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA DE NAVEGANTES**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

v. 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

**w. Se possuir filhos menores de 18 anos: RG ou Certidão de Nascimento**

**x. Se possuir filhos entre 18 e 21 anos: RG e CPF**

y. Se possuir filhos com algum tipo de deficiência incapacitante permanente: laudo médico e documentação do dependente RG e CPF

z. Se possui filhos dependentes em situação de guarda, tutela ou curatela: termo correspondente e documentação do dependente RG e CPF

**aa. Certidões de negativas de antecedentes criminais:**

a) da **Justiça Federal** ([www.trf4.jus.br](http://www.trf4.jus.br)) certidão cível, criminal, eleitoral 1º grau e eleitoral 2º grau

b) da **Justiça Estadual** (<https://esaj.tjsc.jus.br/sco/abrirCadastro.do> ou no Fórum da sua Cidade) - criminal

c) da **Justiça Eleitoral** ([www.tse.gov.br](http://www.tse.gov.br)) certidão de quitação e de crimes eleitorais.

**2.1.** A aprovação neste Processo Seletivo não assegura ao candidato o direito de ingresso automático no Quadro de Servidores Públicos Cíveis da Prefeitura Municipal de Navegantes.

**2.2.** A efetivação é de competência do Prefeito de Navegantes, dentro do interesse e conveniência da administração, observada a ordem de classificação dos candidatos.

**OBS:** Os itens **o, p, q** foram anexados os formulários para preenchimento, assinatura e apresentação com toda a documentação.

### **3. Dos candidatos a serem chamados**

#### **3.1. Cargo: PROFESSOR DE SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS 20/40H**

<b>Classificação</b>	<b>Candidato</b>
01	RAFAELA KERTICHKA PEREIRA
02	PATRICIA DAROLT GAMPER
03	SCHEYLA CRISTINA ROMÃO
04	AMANDA DA COSTA ASSUNÇÃO MOREIRA
05	FERNANDA SOARES DA SILVA
06	KELLEN MARIA DA SILVA NASCIMENTO
07	MICHELLY CRISTIANE DE SOUZA
08	MARISA DE FREITAS DE SOUZA
09	SCARLET LOUISE POTT LEMOS
10	ALDETE MARIA DE SOUZA ALVES

#### **3.1.1 Cargo: PROFESSOR DE SALA DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS 20/40 H**

Deverão comparecer os seguintes candidatos aprovados, em ordem de classificação, pois caso haja desistência ou sobra de vagas, os seguintes poderão escolher vagas de acordo com a classificação, caso todas as vagas sejam preenchidas estes candidatos serão novamente chamados no próximo edital.

<b>Classificação</b>	<b>Candidato</b>
11	DENISE DE SOUSA PIRES
12	ANDREIA RODRIGUES DOS SANTOS BATISTA
13	ROSE LEDI GOETZ
14	JOSIANE DE BORBA BENTO
15	BENEDITA DE SOUZA



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA DE NAVEGANTES**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

#### 4.1 Da entrega de documentos e escolha de vagas:

CARGO	DATA	HORÁRIO	LOCAL
Professor de sala de recursos Multifuncionais.	08/03/2021	09:00	Secretaria Municipal de Educação

\* Sede da Secretaria Municipal de Educação, Avenida: Prefeito José Juvenal Mafra,430 – Centro – Navegantes -SC - prox. Ao Ginásio de esportes.

A falta de quaisquer dos documentos, acima listados, no dia marcado para a entrega implicará na perda da vaga escolhida.

#### 5.1 Da retirada do encaminhamento para a unidade escolar:

CARGO	DATA	HORÁRIO	LOCAL
Professor de sala de recursos Multifuncionais.	08/03/2021	17:30 H	Secretaria Municipal de Educação

### 6 Das Disposições Finais

6.1 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 Secretaria de Educação de Navegantes.

3.1. Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria de Educação

Navegantes (SC), 22 de fevereiro de 2021.

**Libardoni Lauro Claudino Fronza**  
Prefeito Municipal

**Marília Soares**  
Secretária Municipal de Educação

**Ditmar Alfonso Zimath**  
Secretário da Administração e Logística

ANEXO I



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA DE NAVEGANTES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



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 \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_  
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 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 DE NAVEGANTES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



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 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA DE NAVEGANTES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

---

---

## 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



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA DE NAVEGANTES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

**DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO  
EXERCÍCIO DE FUNÇÃO PÚBLICA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da  
Carteira de Identidade n°. \_\_\_\_\_, CPF  
n°. \_\_\_\_\_, **declaro**, junto à Prefeitura Municipal de Navegantes,  
não ter sofrido, no exercício da função pública, as penalidades previstas no art. 137, da Lei n°. 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: \_\_\_\_\_



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA DE NAVEGANTES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

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 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:



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA DE NAVEGANTES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

PREFEITURA DE NAVEGANTES		83.102.855/001-50	
<b>3. RELAÇÃO DE BENS, DIREITOS E VALORES</b>			
<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>DATA AQUISIÇÃO (AQ) ALIENAÇÃO (AL)</b>	<b>VALOR RS</b>	<b>COD: 1.2 3.4</b>
<b>4. CARGOS, FUNÇÕES OU CARGOS EFETIVOS OCUPADOS NOS ULTIMOS 2 (DOIS) ANOS</b>			
<b>ENTIDADE</b>	<b>CARGO</b>	<b>PERÍODO</b>	
Atesto para os devidos fins, que os dados constantes da prese declaração são expressão da verdade.			
Navegantes , _____ de _____ de 20__.			
_____ Assinatura			

***FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO FUNCIONAL:***



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA DE NAVEGANTES**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

- FAVOR PREENCHER EM LETRA DE FORMA;
- CASO SEJA NOVA DEPENDENCIA FAVOR TRAZER OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS PARA PASTA

<b>NOME:</b>		
<b>MATRÍCULA:</b>		<b>CARGO:</b>
RG.:	ORG.EXP.:	DATA DE EXP:
CPF:	PASEP:	RESERVISTA:
D.N.:	LOCAL:	UF:
CNH:	DATA DE EXP:	VALIDADE:
GRAU DE INSTRUÇÃO: ( ) ENSINO FUNDAMENTAL ( ) ENSINO MÉDIO ( ) SUPERIOR ( ) ESPECIALISTA		
ESTADO CIVIL: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) VIÚVO ( ) UNIÃO ESTAVEL ( ) DIVORCIADO ( ) OUTROS		
<b>ENDEREÇO:</b>		
BAIRRO:	CIDADE:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE:
<b>DEPENDENTES:</b>		
Nome:		
RG.:	ORG.EXP.:	DATA DE EXP:
CPF:	D.N.:	LOCAL:
TIPO DA DEPENDENCIA: ( ) CONJUGE ( ) FILHO		DEP. PARA IRRF: ( ) SIM ( ) NÃO
<b>DEPENDENTES:</b>		
Nome:		
RG.:	ORG.EXP.:	DATA DE EXP:
CPF:	D.N.:	LOCAL:
TIPO DA DEPENDENCIA: ( ) CONJUGE ( ) FILHO		DEP. PARA IRRF: ( ) SIM ( ) NÃO
<b>DEPENDENTES:</b>		
Nome:		
RG.:	ORG.EXP.:	DATA DE EXP:
CPF:	D.N.:	LOCAL:
TIPO DA DEPENDENCIA: ( ) CONJUGE ( ) FILHO		DEP. PARA IRRF: ( ) SIM ( ) NÃO
<b>DEPENDENTES:</b>		
Nome:		
RG.:	ORG.EXP.:	DATA DE EXP:
CPF:	D.N.:	LOCAL:
TIPO DA DEPENDENCIA: ( ) CONJUGE ( ) FILHO		DEP. PARA IRRF: ( ) SIM ( ) NÃO

- FUNCIONAL;
- SE O DEPENDENTE CURSAR ENSINO SUPERIOR FAVOR TRAZER O COMPROVANTE DE MATRICULA;
- CASO EXISTA MAIS DEPENDENTES QUE OS CAMPOS ACIMA, FAVOR SOLICITAR NOVA GUIA DE PREENCHIMENTO.

Navegantes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor