

PROCESSO SELETIVO EMERGENCIAL – EDITAL Nº 026/2023

EDITAL DE CHAMADA DO PROCESSO SELETIVO EMERGENCIAL
018/2023, DESTINADO A PROVER VAGAS PARA O CARGO DE
ENFERMEIRO,

A PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVEGANTES, através da Secretaria de Administração, torna pública a segunda chamada do Edital do Processo Seletivo Emergencial 018/2023 para o provimento do cargo de enfermeiro.

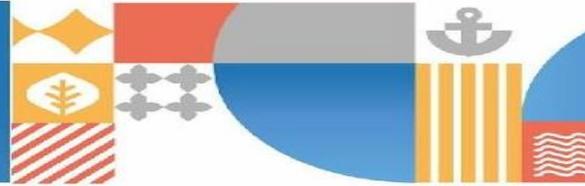
Serão chamados para o provimento a partir de 05 de julho de 2023 os candidatos aprovados e relacionados no Edital do Processo Seletivo Emergencial 018/2023 conforme segue:

CARGO	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE DE VAGAS
ENFERMEIROS	40 H	06

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**
 - v. **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**
 - 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) 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) 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: Enfermeiro

6	LANNAUDREY GONÇALVES DA SILVA BARROS
7	SINIRA TEREZINHA LEANDRO GONÇALVES SABATKE
8	ELISANGELA DUARTE JARDIM
9	NOEMIA NOGUEIRA DE SOUZA
10	FABIANA DE POLO DE ALMEIDA
11	CAMILA THAYANE POSSAMAI DA FONSECA

*** a escolha de vagas poderá ocorrer através de Procuração Pública específica para este fim, bem como deverão ser apresentados todos os documentos necessários para a contratação.**

Favor chegar com apenas cinco (05) minutos de antecedência!!!!

CARGO	DATA	HORÁRIO	LOCAL
ENFERMEIROS	03/07/2023	9:00	RH da Prefeitura Municipal de Navegantes

4. Do exame médico:

**** Levar cópia do Rq e Anexo I ou II preenchido**

A data dos exames será agendada, conforme data e horário entregue no ato da escolha de vagas. O exame será realizado na Junta médica – Rua Anibal Gaya -164 – em frente a Navetran.

Favor chegar com apenas cinco (05) minutos de antecedência!!!!

5. Da retirada do encaminhamento para a unidade.

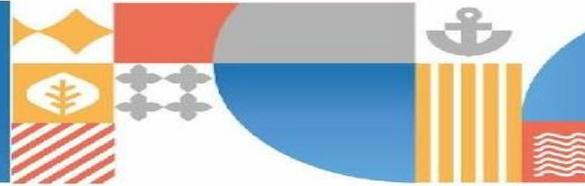
CARGO	DATA	HORÁRIO	LOCAL
ENFERMEIROS	03/07/2023	15:00	RH da Prefeitura Municipal de Navegantes

6. 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.
- 7.2. Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria de Administração.
- 7.3. Todos deverão comparecer sem acompanhantes nos dias agendados.

Navegantes (SC), 28 de Junho de 2023.

Nathalia Zabel
Diretora interina 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 SAÚDE
EFETIVO () ACT (X) COMISSIONADO ()

QUESTIONARIO PRÉ ADMISSÃO MASCULINO

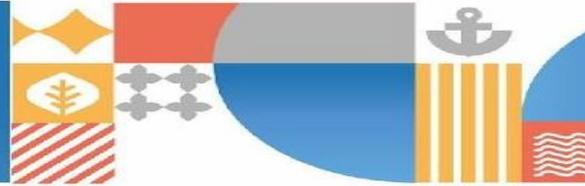
- 01 – Fumante ?
() Sim () Não () Ex fumante
- 02 – Pratica algum tipo de atividade física ? qual (is)?
() Sim () Não
- 03 - Já fez alguma cirurgia ? qual (is) ?
() Sim () Não
- 04 - Já sofreu algum tipo de fratura ? Em que parte do corpo?
() Sim () Não
- 05- Já teve algum acidente de trabalho importante?
() 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 SAÚDE
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 SAÚDE**

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 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

