



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

CONCURSO – EDITAL Nº 004/2017

EDITAL DE 1ª CHAMADA DO CONCURSO DESTINADO A PROVER VAGAS PARA OS CARGOS DE PROFESSOR(A) DE EDUCAÇÃO INFANTIL, PROFESSOR(A) DE ANOS INICIAIS, DA PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVEGANTES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVEGANTES, através da Secretaria de Administração, torna pública a primeira chamada dos candidatos do CONCURSO, conforme estabelecido no Edital de CONCURSO nº 001/2013 para o provimento das funções de, Professor(a) de Educação Infantil, Professor(a) de anos iniciais.

1. Da Chamada

1.1. Serão chamados para o provimento a partir de **02** de MARÇO de 2017 os candidatos aprovados e relacionados no Edital do CONCURSO nº 001/2013, conforme segue:

1.2.

CARGO	CH	PERÍODO
PROFESSOR EDUCAÇÃO INFANTIL	20	MAT/vesp
PROFESSOR DE ANOS INICIAIS	20	MAT/vesp

1.3. A chamada acontecerá no mês de **MARÇO do ano de 2017** no Auditório da Prefeitura Municipal de Navegantes, sito à Avenida João Emílio, nº 100 Centro, Navegantes.

CARGO	DATA	HORÁRIO	LOCAL
PROFESSOR EDUCAÇÃO INFANTIL	01/03/2017	14:00	PREFEITURA NAVEGANTES
PROFESSOR DE ANOS INICIAIS	01/03/2017	15:00	PREFEITURA NAVEGANTES

2. Das Exigências para a Contratação

2.1. Os candidatos aprovados serão chamados, obedecendo-se rigorosamente a ordem de classificação obtida.

2.2. Para fins de contratação serão exigidos na data prevista neste Edital, item 4., os seguintes documentos:

- a. Comprovação da idade mínima de 18 (dezoito) anos completados até a data de posse;
- b. 1 Foto 3X4
- c. 2 Cópias do documento de identidade;
- d. 2 Cópias do CPF;
- e. Situação Cadastral do CPF (consultar no site [www.receita.fazenda.gov.br / Aplicações/ATCTA/CPF/ConsultaPública.asp](http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/CPF/ConsultaPublica.asp));
- f. 2 Cópias do Comprovante de Residência;
- g. Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- h. Cópia do Certificado de Reservista ou equivalente (para candidatos do sexo masculino);
- i. Cópia do Título de Eleitor e comprovante da última votação;
- j. Apresentar declaração de bens, conforme legislação vigente;
- k. Apresentar laudo médico de aptidão física e mental para o exercício das atribuições do cargo expedido pelos médicos do trabalho oficiais do município; conforme data agendada neste edital, no item 4., na Junta Médica, sito à **Rua Conselheiro João Gaya, nº 996, TELEFONE: 3249-0188. Apresentar no local o formulário PREENCHIDO do anexo I ou II.**
- l. Declaração negativa de acumulação de cargo público ou de condição de acumulação amparada pela Constituição;
- m. Comprovante da **Escolaridade** e da **Especialidade** exigida para o cargo **Autenticada em Cartório; O candidato NÃO HABILITADO deverá apresentar o atestado de frequência no ensino superior ORIGINAL.**



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

- n. 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;
- o. Comprovante de residência;
- p. Certidão de Nascimento dos dependentes;
- q. 1 Cópia de Comprovante de Escolaridade para filhos maiores de 07 (sete) anos;
- r. 1 Cópia da Carteira de Vacinação para filhos menores de 7(sete) anos;
- s. 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;
- t. 1 Cópia da Carteira Profissional com Número, Série, U.F. e Data de Expedição ;
- u. 1 Cópia do Conselho de Registro Profissional;
- v. 1 Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se o cargo exigir);
- w. 1 Cópia do Número de PIS/PASEP;
- x. 1 Cópia do Ato de Exoneração do Cargo que exercia , se Funcionário Público;
- y. Certidões de Negativas de Antecedentes Criminais da **Justiça Federal**(www.trf4.jus.br), da **Justiça Estadual**(no Fórum de sua Cidade) e da **Justiça Eleitoral**(www.tse.gov.br)

2.3. O (a) Candidato(a) que não apresentar toda a documentação exigida na data agendada será eliminado automaticamente.

2.4. 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.

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

3. Dos candidatos a serem chamados

3.1. Cargo: Professor de Educação Infantil– (20 horas semanais)

Classif.	Candidato
01	ILCA SCHLINDWEIN
02	FABIANA DE QUEIROZ BORGES RODRIGUES
03	IARA FRANÇA RITTER
04	MARIA APARECIDA DA SILVA VIANNA
05	LEONILDA DE SOUZA
06	GRACIERICA APARECIDA ROSA GAUTO
07	ARLETE TEREZINHA AZILIERO FERREIRA

3.2. Cargo: Professor de Anos iniciais – (20 horas semanais)

Classif.	Candidato
01	DANIELA BARON KOLHER
02	RITA ROSE KORMANN
03	LARA MOLINA DA ROSA
04	MARISE LINDOMAR COUTO

3. Do agendamento dos exames admissionais:

CARGO	Dia	Hora	Local:
PROFESSOR EDUCAÇÃO INFANTIL	24/02/2017	13:30h	Junta Médica, Rua Conselheiro João Gaya, nº 996.
PROFESSOR DE ANOS INICIAIS	24/02/2017	13:30h	Junta Médica, Rua Conselheiro João Gaya, nº 996.



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

4. Da entrega de documentos:

CARGO	Dia	Hora	Local:
PROFESSOR EDUCAÇÃO INFANTIL	01/03/2017	14:00	PREFEITURA NAVEGANTES
PROFESSOR DE ANOS INICIAIS	01/03/2017	15:00	PREFEITURA NAVEGANTES

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

5. 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, e no mural público da Prefeitura Municipal de Navegantes.

6.2. Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria da Administração.

Navegantes (SC), 16 de fevereiro de 2017.

Emílio Vieira
Prefeito Municipal

Regina Célia Correa
Secretária de Educação

Nádia Braz Bins
Secretária da Administração e Logística



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

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 ____/____/_____
END _____ Nº _____
BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____
CARGO _____ SECRETARIA _____
EFETIVO () ACT () COMISSONADO ()

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 alimenta 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

ANEXO II



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 _____
EFETIVO () ACT () COMISSONADO ()

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 estômago como : azia ,queimação ou quando se alimenta 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 : ____/____/____