# EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 043/2023

## PROCESSO SELETIVO Nº 002/2022

O Prefeito de RIO DAS ANTAS/SC, JOÃO CARLOS MUNARETTO, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Orgânica do Município de Rio das Antas/SC, e considerando a homologação final do resultado do Processo Seletivo nº 002/2022 e 003/2022, Portaria nº 061/2023 e 062/2023 de 16/02/2023, para assumir função pública, **CONVOCA** os candidatos habilitados e aprovados conforme relação constante do Anexo I deste Edital, com vistas à contratação dos respectivos cargos temporários, observadas as seguintes condições:

1. Os convocados relacionados no Anexo I deste Edital possuem o prazo de 08 (oito) dias úteis para tomar Posse, cumpridas as exigências legais, contados a partir da publicação deste Edital, ou da data neste prevista, devendo encaminhar os seguintes documento ao Departamento de Recursos Humanos:

a) cópia e original da Cédula de Identidade;

b) número de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF);

c) cópia e original do Título de Eleitor e de Certidão de Regularidade eleitoral;

d) cópia e original da certidão de nascimento (se solteiro) ou da certidão de casamento (se casado);

e) cópia e original do histórico escolar e certificado de conclusão do curso (para os cargos de nível fundamental e médio). Cópia e original do diploma e/ou histórico escolar e certificado de conclusão de curso superior com habilitação específica na área de atuação, quando expressamente exigida pelos anexos deste edital (para cargos de nível superior);

f) cópia e original do registro no respectivo Conselho Profissional (SC) ou Órgão de Classe para as categorias ou profissões regulamentadas por lei;

g) Certificado de quitação do Serviço Militar;

h) Certidão de Nascimento dos filhos menores de 14 anos;

i) Comprovante de residência;

j) Declaração de Imposto de Renda (dos que declaram) ou Declaração de Bens;

l) 1 foto 3x4 colorida e atual;

m) Comprovante vacinação COVID19;

n) Cartão PIS/PASEP

o) Número de Conta Bancária junto ao Banco do Brasil.

p) cópia e original da Carteira Nacional de Habilitação compatível com o veículo que for dirigir (casos de contratação para os cargos de motorista e operador de máquinas.

2. O não atendimento ao item 1 implicará na exclusão do candidato do certame;

3. A Inspeção Médica Oficial será agendada pelo Departamento de Recursos Humanos uma vez que o convocado apresente a documentação solicitada.

4. Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento acarretará o não cumprimento do item 1.

Rio das Antas, 21 de julho de 2023.

JOAO CARLOS MUNARETTO
Prefeito Municipal

Registrada em livro próprio e publicada no mural do átrio da Prefeitura na mesma data

LUCIANA APARECIDA CORDEIRO BODANESE
Secretário Municipal de Administração e Finanças

# ANEXO I- PROCESSO SELETIVO Nº 002/2022

## CARGO: PROFESSOR I- HABILITADO

| CLASSIFICAÇÃO | NOME DO CANDIDATO (A) | INICIO |
|---|---|---|
| 17º | ROSENI DE FÁTIMA MARCONDES | IMEDIATO |
| 18º | JEANE IGNES TESSARI LOCATELLI | IMEDIATO |
| 19º | JANETE APARECIDATESSARI MARIANO | IMEDIATO |
| 20º | MAYARA MILESKI FERRASSO | IMEDIATO |
| 21º | PAULINE RIBEIRO | IMEDIATO |
| 22º | ILIETE TESSARI | IMEDIATO |
| 23º | JULIANE BLEICHUVEHL DE MELO | IMEDIATO |
| **24º** | CRISTIANE FERNANDES THIBES | IMEDIATO |

## CARGO: PROFESSOR II – HABILITADO – CIÊNCIAS

| Classificação | Nome do candidato(a) | INICIO |
|---|---|---|
| 1º | LUANA MOREIRA DOS SANTOS DOMINGUES | IMEDIATO |

| | |
|---|---|
| | **ESTADO DE SANTA CATARINA**<br>**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS** |

**DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO EM OUTRO CARGO EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA**

DECLARO para os devidos fins e sob as penas da lei, por minha responsabilidade, que não exerço outro cargo, emprego ou função pública, bem como não recebo proventos de inativo de qualquer órgão público.
E por ser verdade firmo a presente declaração.

Ass._____

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES QUE CONSTITUEM MEU PATRIMÔNIO**

DECLARO para os fins do parágrafo 5°, do artigo 16 da Lei Complementar n° 3 de 30/09/93, que o meu patrimônio é constituído dos seguintes bens e valores:

DESCRIMINAÇÃO VALOR EM R$

A declaração acima é a expressão da verdade.

Ass._____

**DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO, NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA, PENALIDADES DISCIPLINARES.**

DECLARO para todos os efeitos legais, não haver sofrido ou estar cumprindo, no exercício profissional ou de qualquer função pública, penalidade disciplinar de suspensão ou demissão, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal. Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Ass:_____

Rio das Antas,...../...../20.....

| | |
|---|---|
| | **ESTADO DE SANTA CATARINA**<br>**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS** |

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DO FORMULÁRIO CADASTRAL DA UNIMED**

DECLARO para todos os efeitos legais, que recebi nesta data uma via do Formulário Cadastral da UNIMED, o qual deverá ser entregue no Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal, devidamente preenchido, assinado e acompanhado de todos os documentos solicitados, a fim de formalizar a inclusão no respectivo plano. Nestes termos, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Ass: _____

Rio das Antas,...../...../20.....

**DECLARAÇÃO**

DECLARO para os devidos fins que não possuo nenhum impedimento legal para assumir cargos e empregos públicos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Rio das Antas, _____ de _____de 20____.

_____

Nome:
CPF:

| | |
|---|---|
| | **ESTADO DE SANTA CATARINA**<br>**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS** |

# DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO DE PARENTESCO

| | | |
|---|---|---|
| MATRICULA | NOME | |
| CPF/MF | | RG e Órgão Expedidor |
| PAI | | MÃE |
| CONJUGÊ | ENDEREÇO | |
| TELEFONE | EMAIL | |

VÍNCULO FUNCIONAL DO SERVIDOR

| | | |
|---|---|---|
| | Efetivo | Cargo: |
| | Efetivo ocupante de cargo comissionado | Cargo: |
| | Efetivo com Função Gratificada | Cargo: |
| | Cargo em Comissão | Cargo: |
| | Contrato Temporário – CCT | Cargo: |
| | Requisitado/Cedido | |
| | Estagiário | |
| | Credenciado | |

Possui cônjuge, companheiro(a), ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com Prefeito, Vice-Prefeito, Secretários, Vereadores, Servidores Comissionados ou Efetivos?

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SIM | | NÃO |

| Nome do Parente | Cargo que ocupa | Relação de Parentesco* | Lotação |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Por ser expressão fiel da verdade, sob pena de responsabilidade Penal, Civil e Administrativa, em cumprimento a Súmula Vinculante nº 13, e demais normas correlatas, firmo a presente declaração.

Rio das Antas, _____de_____de20___

_____

Assinatura

*Esposa(o), companheira(o), pais, avós, bisavós, filhos, netos, bisnetos, irmãos, sobrinhos, tios, sogra(o), cunhados, genros, noras.

| | |
|---|---|
| | **ESTADO DE SANTA CATARINA**<br>**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS** |

**DECLARAÇÃO DE BENS COM INDICAÇÃO DAS FONTES DE RENDA APRESENTADAS POR AGENTES PÚBLICOS(1)**

| Identificação do Bem | Valor de aquisição | Valor venal |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**FONTES DE RENDA**

| |
|---|
| |
| |
| |
| |

**RELAÇÃO DE CARGOS DE DIREÇÃO E COLEGIADOS QUE O DECLARANTE EXERÇA OU TENHA EXERCIDO NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS(2)**

| CARGO | ORGÃO/EMPRESA | PERÍODO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

1. Declaração exigida em conformidade com o artigo 1º da Lei n° 8.730 de 10/11/1993.
2. Relação exigida nos termos da Artigo 2°, § 6º, da Lei n° 8.730/93

Rio das Antas(SC), / /

_____

**Nome:**
**CPF:**

**ESTADO DE SANTA CATARINA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS**

## COMUNICADO IMPORTANTE – LEIA COM ATENÇÃO

Comunicamos que em relação ao FASM - Plano de Saúde - Unimed o/a senhor (a) terá direito a utilizá-lo nos termos da lei e deverá ficar atento ao seguinte:

 **NO MOMENTO DE SEU ADMISSÃO,** caso queira aderir ao Plano de Saúde, **o servidor** deverá firmar TERMO DE ADESÃO, devendo este ser entregue ao RH juntamente com sua documentação de contratação;

 No caso de inclusão de dependentes (cônjuge/união estável, filhos até 18 anos ou até 25 anos para servidores efetivos), deverá firmar TERMO DE ADESÃO também para estes no momento de sua contratação;

O/a senhor (a) está recebendo o **FORMULÁRIO DE ADESÃO À UNIMED**, composto de 4 (quatro) páginas, devendo assiná-lo e **OBRIGATÓRIAMENTE** anexar cópias abaixo elencados. A não apresentação de qualquer documento adiante indicado implicará na **NÃO ACEITAÇÃO** de sua documentação.

 **Titular**

**Cópia** CPF, CNS (Cartão Nacional do SUS) e RG;
**Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove.

 **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS (Cartão Nacional do SUS), RG e Certidão de Casamento;

 **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS (Cartão Nacional do SUS), RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório);

 **Filhos(as):** Cópia do CPF, CNS (Cartão Nacional do SUS), Cópia da Certidão de Nascimento ou RG;

 **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal.

**** É IMPRESCINDÍVEL QUE, EM CASO DE ADESÃO, ESTA DOCUMENTAÇÃO SEJA ENTREGUE NO RH JUNTAMENTE COM OS DOCUMENTOS PERTINENTES À SUA CONTRATAÇÃO ****

NO MOMENTO DE ASSINATURA DOS TERMOS DE ADESÃO, O RH FICARÁ AUTORIZADO A FAZER O DESCONTO DOS VALORES RELATIVOS AO PLANO DE SAÚDE EM SUA FOLHA DE PAGAMENTO.
EXATAMENTE POR ESTE MOTIVO, SOLICITAMOS A ENTREGA DESTES DOCUMENTOS **NA ATO DA CONTRATAÇÃO**.

Declaro que tomei conhecimento, estou ciente e concordo com todas as informações constantes deste documento.

Rio das Antas, _____ de _____ de _____.

_____

Nome:
CPF:

## DECLARAÇÃO DE NÃO ADESÃO AO FASM

| | |
|---|---|
| | **ESTADO DE SANTA CATARINA**<br>**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS** |

**(PLANO DE SAÚDE – UNIMED)**

Informo que fui comunicado pelo responsável do RH na Secretaria onde irei atuar, sobre a possibilidade de adesão ao FASM - Plano de Saúde da Unimed e sobre meu direito de utilizá-lo, nos termos da lei.

DECLARO, contudo, no ato de minha contratação, que não tenho interesse e não irei aderir ao plano de saúde.

Rio das Antas, _____ de _____ de _____.

_____

Nome:
CPF:

| | |
|---|---|
| | **ESTADO DE SANTA CATARINA**<br>**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS** |

**I - CATEGORIA DO SEGURADO: Este termo trata da adesão de servidores dos Poderes Executivo e Legislativo, 1)ativos ocupantes de cargo efetivo, 2)comissionados, 3)contratados em caráter temporário –CCT com contrato com prazo igual ou superior a 06(seis) meses, 4)emprego público, bem como os 5)agentes políticos/Secretários Municipais, os 6)detentores de mandato eletivo/Prefeito, Vice-Prefeito e Vereadores, bem como os 7)servidores inativos vinculados ao RPPS e os 8)servidores aposentados pelo RGPS que recebem complementação de aposentadoria com base em legislação municipal específica, conforme o Art.10 da Lei nº 956, de 03/07/1995 e alter.posteriores.**

**II – Escolha facultativa/opcional no momento do ingresso no serviço público.**

# **"TERMO DE *ADESÃO DE SEGURADO"* AO FDO DE ASSIST.SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUN. DE RIO DAS ANTAS – FASM.**

Eu _____na Categoria(I) de _____pelo presente termo declaro para os devidos fins que **nesta data(II) fiz adesão ao FASM, de livre e espontânea vontade,** de conformidade com o Art.10 da Lei nº 956, de 03/07/1995 e alter. posteriores**, ciente dos benefícios e obrigações decorrentes desta opção.**

RIO DAS ANTAS,_____ DE _____ DE _____

_____

Assinatura

| | |
|---|---|
| | **ESTADO DE SANTA CATARINA**<br>**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS** |

**I - Este termo trata da adesão de dependente, assim considerados nos incisos I e II bem como o § 4º do Art.18 , da Lei nº 956, de 03/07/1995 e alterações posteriores – ( o cônjuge, o(a) companheiro(a), estes últimos desde que comprovada a união estável, devidamente formalizada em cartório ou judicialmente.), que será feita de forma facultativa/opcional por meio de TERMO DE ADESÃO.**

**II – A inscrição da adesão citada no item I acima, deverá ser efetivada no prazo de até 90(noventa) dias contados da data de NOMEAÇÃO do servidor(a) segurado(a) ou da alteração/modificação do ESTATUS CIVIL, como CASAMENTO, SEPARAÇÃO, DIVÓRCIO, ÓBITO, DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL E CORRELATAS, formalizadas de conformidade com a legislação em vigor.**

**III – Fica estabelecido o mesmo prazo de 90(noventa) dias para que seja feita a opção referente a inscrição do(a) dependente que por ocasião da entrada em vigor desta alteração legislativa(25/03/2019) estava vinculado(a) a sua pessoa de forma obrigatória.**

**"TERMO DE *ADESÃO DE DEPENDENTE*" (INCISOS I E II E § 4º DO ART.18 DA LEI Nº 956, DE 03/07/1995) AO FDO DE ASSIST.SOCIAL E MÉDICA DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUN. DE RIO DAS ANTAS – FASM.**

Eu _____inscrito(a) como SEGURADO(A) DO FASM, conforme termo de ADESÃO arquivado no DRH do Município, **faço através deste a ADESÃO AO FASM de minha/meu cônjuge ou companheiro(a), _____, de livre e espontânea vontade, conforme o que dispõe o § 4º do** Art.18 da Lei nº 956, de 03/07/1995 e alter. posteriores**, ciente dos benefícios e obrigações decorrentes desta opção.**

RIO DAS ANTAS,_____ DE _____ DE _____

_____

Assinatura