



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 069/2023

PROCESSO SELETIVO Nº 003/2023

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 003/2023 de 25/05/2023 e Portaria nº 252/2023 DE 14/07/2023 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 02 (dois) 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;



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

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, 18 de outubro 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



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

ANEXO I- PROCESSO SELETIVO N° 003/2023

CARGO: AGENTE DE ATIVIDADE DE APOIO II

| CLASSIFICAÇÃO | NOME DO CANDIDATO (A) | INICIO |
|----------------------|------------------------------|---------------|
| 10° | WANDRESSA LAZARIS | IMEDIATO |



ESTADO DE SANTA CATARINA

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 5º, do artigo 16 da Lei Complementar nº 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

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

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

| | | |
|--------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> | Efetivo | Cargo: |
| <input type="checkbox"/> | Efetivo ocupante de cargo comissionado | Cargo: |
| <input type="checkbox"/> | Efetivo com Função Gratificada | Cargo: |
| <input type="checkbox"/> | Cargo em Comissão | Cargo: |
| <input type="checkbox"/> | Contrato Temporário – CCT | Cargo: |
| <input type="checkbox"/> | Requisitado/Cedido | |
| <input type="checkbox"/> | Estagiário | |
| <input type="checkbox"/> | 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?

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | SIM | <input type="checkbox"/> | NÃO |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

| Nome do Parente | Cargo que ocupa | Relação de Parentesco* | de | 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 _____ de 20__

Assinatura

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



ESTADO DE SANTA CATARINA

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 nº 8.730 de 10/11/1993.
2. Relação exigida nos termos da Artigo 2º, § 6º, da Lei nº 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 **OBRIGATORIAMENTE** 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
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

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

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 NOMEACÃO 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