



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

## EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 022/2024

### PROCESSO SELETIVO Nº 004/2024

O Prefeito de RIO DAS ANTAS/SC, JOAO 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 004/2024 Portaria nº 066/2024 de 24/02/2024, 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 01 (um) dia útil 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, 26 de FEVEREIRO de 2024.

**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° 004/2024**

**CARGO: PROFESSOR II – INGLES**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME DO CANDIDATO (A)    | INÍCIO   |
|---------------|--------------------------|----------|
| 1 °           | JOAO PEDRO MOLON ADADA   | IMEDIATO |
| 2 °           | PATRICIA ISABEL DA SILVA | IMEDIATO |

**CARGO: PROFESSOR II – LINGUA PORTUGUESA**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME DO CANDIDATO (A) | INÍCIO   |
|---------------|-----------------------|----------|
| 1 °           | SOLANGE DA SILVA      | IMEDIATO |

**CARGO: PROFESSOR I**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME DO CANDIDATO (A)          | INÍCIO   |
|---------------|--------------------------------|----------|
| 1 °           | MARLOWA ALVES DE MOURA RIBEIRO | IMEDIATO |
| 2 °           | DEBORA FERNANDA DE OLIVEIRA    | 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,



**ESTADO DE SANTA CATARINA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS**

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