



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO/PROVIMENTO Nº 080/2024
CONCURSOS PÚBLICOS Nº 001/2005**

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, CONSIDERANDO MANDADO DE SEGURANÇA Nº 0301414-90.2014..8.24.0012/SC considerando a homologação final do resultado dos Concursos Públicos nº 001/2005, para provimento de cargos pertencentes ao Quadro de Pessoal Efetivo do Município, **CONVOCA** os candidatos habilitados e aprovados conforme relação constante do Anexo I deste Edital, com vistas à nomeação e posse dos respectivos cargos efetivos, observadas as seguintes condições:

1. Os convocados relacionados no Anexo I deste Edital possuem o prazo de 30 (trinta) dias para tomar Posse, cumpridas as exigências legais, contados a partir da publicação deste Edital conforme dispõe o art. 16, § 1º da Lei Complementar Municipal nº 03 – Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Rio das Antas.
2. Para tomar Posse o convocado deve apresentar a documentação necessária, exames de saúde e laudo médico para inspeção médica oficial, sendo todos de responsabilidade do candidato e expedidos a no máximo 30 (trinta) dias, sendo no mínimo, os seguintes exames, acompanhados de laudo médico:
 - a) Acuidade visual;
 - b) Audiométrico;
 - c) RX Torax;
 - d) RX coluna lombo sacra ap+p oblíquas;
 - e) Hemograma completo;
 - f) Eletrocardiograma;
 - g) Eletroencefalograma;
 - h) Lipidograma;
 - i) Fator RH;
 - j) Sorologia para Lues;
 - k) Glicemia;
 - l) Parcial de urina;
 - m) Ureia;
 - n) ECG de repouso, para candidatos com idade igual ou superior a 35 (trinta e cinco) anos;
3. A Inspeção Médica Oficial será agendada pelo Departamento de Recursos Humanos uma vez que o candidato apresente os exames e laudos constantes do Item 2.
4. O convocado deve comprovar:
 - a) O gozo dos direitos políticos;
 - b) A quitação com as obrigações militares, para os homens;
 - c) A quitação com as obrigações eleitorais;
 - d) A idade mínima de 18 (dezoito) anos;
 - e) O nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo e o devido Registro no Conselho Regional de Classe para o exercício do cargo;



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

5. Os convocados devem apresentar as seguintes Declarações (modelos em anexos):
 - a) Declaração de não acumulação ou de acumulação lícita de cargos, empregos ou funções públicas, inclusive se já aposentado em outro cargo ou emprego público;
 - b) Declaração de ausência de impedimento de exercício de cargo, emprego ou função pública;
 - c) Declaração de não ter sofrido, no exercício de função pública, penalidades disciplinares;
 - d) Declaração de bens;

6. Os convocados devem apresentar ainda os seguintes documentos, autenticados em cartório:
 - a) PIS/PASEP;
 - b) 01 foto 3X4 recente;
 - c) Comprovante de Residência;
 - d) Declaração de dependentes para Imposto de Renda com cópia da certidão de nascimento e CPF dos dependentes;
 - e) Cópias: Carteira de Identidade, CPF, Título de Eleitor, Certificado de Reservista, Certidão de Nascimento/Casamento atualizada, Certidão de nascimento de filhos menores de 18 (dezoito) anos;
 - f) Certidão negativa de antecedentes criminais (Fórum);
 - g) Comprovante de escolaridade e requisitos (conforme exigido no Edital de Concurso);
 - h) Comprovante de inscrição no órgão de classe (quando exigido no Edital do Concurso);
 - i) Conta Bancária junto ao Banco do Brasil.

7. Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento constantes nos itens 2, 4, 5 e 6 acarretará o não cumprimento do item 1.

Rio das Antas, 22 de outubro de 2024.

JOÃO CARLOS MUNARETTO

Prefeito

ANEXO I



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2005

CONVOCADO	CARGO
ROSILDA DE FATIMA MAXINSK WITTE	PROFESSOR II-20 HORAS

DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO EM OUTRO CARGO EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

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.....



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 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

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

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: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS ANTAS

**DECLARAÇÃO DE NÃO ADESÃO AO FASM
(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 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