ESTADO DE SANTA CATARINA
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA**
Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89
CNPJ 82.925.652/0001-00
(48) 3265-0195 – rh@sjbatista.sc.gov.br

# EDITAL DE CONVOCAÇÃO 001 – EDITAL 001/2025 – PROCESSO SELETIVO 005/2025 (SECRETARIA DE SAÚDE)

O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA/SC, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o art. 37, II, da Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica do Município, bem como de acordo com a Lei Complementar n. 54/2017, que dispõe sobre a contratação temporária de pessoal para atender excepcional interesse público e dá outras providências, **RESOLVE**:

1. **CONVOCAR** os candidatos constantes no **Anexo I** deste Edital, nos termos do Edital n. 005/2025 – Processo Seletivo, e de acordo com a Homologação da Classificação para o provimento de cargos em caráter temporário, para que procedam à **ESCOLHA DE VAGAS** na **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, localizada na Rua Gilson Geraldo Sartori, nº 411, Centro, São João Batista/SC, CEP 88240-000, no dia **07 de maio de 2025, conforme horários estipulados também no Anexo I.**
2. **DIVULGAR** no **Anexo II** a **data e horário para entrega dos documentos necessários à contratação** e exercício, após escolha de vagas, que deverão ser entregues presencialmente, no Paço Municipal, situado na Rua Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89, Centro, São João Batista/SC, conforme cronograma.
3. Será considerado desistente e perderá automaticamente o direito à vaga o candidato que não comparecer aos locais indicados, nas datas e nos prazos determinados neste Edital de Convocação e/ou deixar de apresentar os documentos obrigatórios exigidos nos Editais.
4. **DIVULGAR** no **Anexo III** a relação dos **documentos necessários a contratação**, conforme exigências legais para admissão no cargo, que deverão ser entregues presencialmente pelo candidato na data estipulada após escolha de vagas.

Registre-se e publique-se.

São João Batista/SC, 05 de maio de 2025.

**JULIANO PEIXER**

Prefeito Municipal

ESTADO DE SANTA CATARINA
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA**
Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89
CNPJ 82.925.652/0001-00
(48) 3265-0195 – rh@sjbatista.sc.gov.br

# ANEXO I

## CONVOCADOS, DATA E HORÁRIO DE COMPARECIMENTO

**DIA 07 DE MAIO, ÀS 8H30**

| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | |
|---|---|
| **CLASSIFICAÇÃO** | **NOME** |
| 1° | ERICK DA SILVA KATSCHI |
| 2º | GABRIELI APARECIDA PEREIRA |
| 3º | MORGANI DOS SANTOS SILVA |
| 4º | HELLOISA MUNIQUE BOOZ STALOCH |
| 5º | JULIA LISABETE SPIBIDA PAES |
| 6º | JULIANA PAZ DOS SANTOS |
| 7º | SIMEIA TERRA SOUZA |
| 8º | FABIOLA STEFANI GONÇALVES VIEGAS |

| BOLSISTA | |
|---|---|
| **CLASSIFICAÇÃO** | **NOME** |
| 1º | MARIA LAURA MELZI SILVA |
| 2º | LARA RAYANY SOUZA DA SILVA |
| 3º | MARIA LUIZA DA SILVA ESTEVÃO |
| 4º | ADELY LAVINIA DE SA |
| 5º | LARISSA WISINTAINER KAMMER |
| 6º | JOÃO OTÁVIO DA CUNHA POLI |

| CONDUTOR DE AMBULÂNCIA | |
|---|---|
| **CLASSIFICAÇÃO** | **NOME** |
| 1º | CARLOS EDUARDO CARDOSO BATISTA |
| 2º | LUDIMAR CARLOS DORNELES LOPES |

| ENFERMEIRO ESF | |
|---|---|
| **CLASSIFICAÇÃO** | **NOME** |
| 1º | ALINE RODRIGUES DA SILVA |

| FARMACÊUTICO | |
|---|---|
| **CLASSIFICAÇÃO** | **NOME** |
| 1º | JULIANO DOMINGUES CORREA |
| 2º | DANIELE APARECIDA CAVALLERI PEREIRA |

| TÉCNICO EM ENFERMAGEM ESF | |
|---|---|
| **CLASSIFICAÇÃO** | **NOME** |
| 1º | JORGE LUIS ALVES |
| 2º | SEBASTIANA CÂNDIDO PENTEADO |
| 3º | GREICE TATIANE LUZ |

## ANEXO II

## DATA E LOCAL DA ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO

A data abaixo informada deverá ser estritamente observada pelos candidatos aprovados.

**Data de entrega da documentação:** 12 de maio de 2025 (segunda-feira), das 8h30 às 11h30 e das 14h às 17h.

**Local de entrega da documentação:** Departamento de Recursos Humanos, localizado na Rua Praça Deputado Walter Vicente Gomes, n. 89, bairro Centro, no município de São João Batista/SC.

ESTADO DE SANTA CATARINA
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA**
Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89
CNPJ 82.925.652/0001-00
(48) 3265-0195 – rh@sjbatista.sc.gov.br

# ANEXO III

## LISTA DE DOCUMENTOS PARA A CONTRATAÇÃO

É necessário a apresentação de **TODOS** os documentos constantes na listagem abaixo. A **não apresentação** de qualquer um deles impede a conclusão da contratação do candidato convocado.

**DOCUMENTOS GERAIS:**

| | |
|---|---|
| | 1 FOTO 3X4 RECENTE |
| | DECLARAÇÃO DE BENS E ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA (MODELO ANEXO) |
| | DECLARAÇÃO COMO A POSSE NÃO ACUMULA CARGOS (MODELO ANEXO) |
| | DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADE NA FUNÇÃO PÚBLICA (MODELO ANEXO) |
| | AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO E COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO (MODELO ANEXO) |

**COMPROVANTES/ATESTADOS ONLINE:**

| | |
|---|---|
| | COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL DO CPF (LINK: https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp) |
| | CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL (LINK: https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral) |

**CÓPIA DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:**

| | |
|---|---|
| | RG/CPF |
| | COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUAL EM NOME DO (A) CONTRATADO (A) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA |
| | CERTIDÃO DE NASCIMENTO (SE SOLTEIRO) OU CASAMENTO (SE CASADO) OU COM AVERBAÇÃO DE DIVÓRCIO (SE DIVORCIADO) |
| | CTPS (NÚMERO DA CARTEIRA DE TRABALHO, DATA DA EMISSÃO, IDENTIFICAÇÃO E Nº DO PIS/PASEP) |
| | COMPROVANTE DE NÍVEL DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM O CARGO |
| | CERTIFICADO DE REGULARIDADE MILITAR |
| | RG/CPF DOS FILHOS MENORES DE 21 ANOS |
| | ATESTADO DE SAÚDE ADMISSIONAL, NO QUAL INFORME SE ESTÁ APTO/INAPTO AO TRABALHO |

ESTADO DE SANTA CATARINA
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA**
Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89
CNPJ 82.925.652/0001-00
(48) 3265-0195 – rh@sjbatista.sc.gov.br

# DECLARAÇÃO DE BENS, DIREITOS E VALORES COM INDICAÇÃO DA FONTE DE RENDA

**IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE:**

| Nome: | CPF: |
|---|---|

( ) **DECLARO** que não possuo bens a declarar.

Assinatura: _____

( ) **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no exercício de 2024 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Assinatura: _____

( ) **DECLARO** que possuo bens a declarar, conforme segue abaixo:

**Casa(s), apartamento(s) ou terreno(s):**

| ENDEREÇO | DATA DE AQUISIÇÃO | VALOR DE VENDA ATUAL |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Veículos:**

| TIPO (carro/moto) | DATA DE AQUISIÇÃO | VALOR DE VENDA ATUAL |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Outros:**

| |
|---|
| |
| |

São João Batista (SC), ___ de ___ de 2025.

_____
Assinatura do Declarante

ESTADO DE SANTA CATARINA
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA**
Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89
CNPJ 82.925.652/0001-00
(48) 3265-0195 – rh@sjbatista.sc.gov.br

# DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO OU DE ACUMULAÇÃO LÍCITA DE CARGOS OU PROVENTOS

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:**

| | |
|---|---|
| Nome: | CPF: |
| Cargo: | Lotação: |

**Declaro para os devidos fins e nos termos do art. 37, incisos XVI e XVII do §1º da Constituição Federal, que:**

( ) **NÃO EXERÇO** em acumulação remunerada qualquer outro cargo, emprego ou função pública no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, abrangendo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controlados, direta ou indiretamente, pelo poder público.

( ) **NÃO RECEBO** proventos (aposentadoria) na esfera federal, estadual ou municipal.

Assinatura: _____

**Declaro para os devidos fins e nos termos do art. 37, incisos XVI e XVII do §1º da Constituição Federal, que:**

( ) **EXERÇO** os cargos públicos, funções ou empregos abaixo:

**a) _____cuja jornada de trabalho é de _____ (horas semanais).**

**b) _____cuja jornada de trabalho é de _____ (horas semanais).**

( ) **RECEBO** proventos (aposentadoria) na esfera

( ) federal

( ) estadual

( ) municipal.

Assinatura: _____

São João Batista, ___ de ___ de 2025.

_____
Assinatura do Servidor

ESTADO DE SANTA CATARINA
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA**
Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89
CNPJ 82.925.652/0001-00
(48) 3265-0195 – rh@sjbatista.sc.gov.br

# DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA OU AUSÊNCIA DE PENALIDADES DISCIPLINARES NO EXERCÍCIO DE CARGO PÚBLICO OU FUNÇÃO PÚBLICA

Instrução Normativa nº 11/2011 do Tribunal de Contas de Santa Catarina

**IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE:**

| | |
|---|---|
| Nome: | Documento Identidade: |
| Cargo: | CPF: |

( ) **DECLARO**, para todos os efeitos legais, **NÃO HAVER SOFRIDO**, no exercício de cargo público ou de qualquer função pública, penalidade disciplinar de advertência, multa, suspensão ou demissão, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual, distrital ou municipal.

Assinatura: _____

( ) **DECLARO,** para todos os efeitos legais, que **já respondi a processo administrativo disciplinar** e **fui penalizado** no exercício de cargo público ou de qualquer função pública, conforme discriminado a seguir:

| | |
|---|---|
| **Órgão**: | **Infração disciplinar**: |
| **Penalidade aplicada**: | |

( ) **DECLARO**, para todos os efeitos legais, que **ainda respondo processo administrativo disciplinar**, conforme discriminado a seguir:

| | |
|---|---|
| **Órgão**: | **Infração disciplinar**: |
| **Penalidade prevista**: | |

**Em caso de exercer outro vínculo público,** é IMPRESCINDÍVEL que o candidato fornceça a declaração de penalidades, atualizada, do órgão onde excerce seu cargo, emprego, ou função pública.

**DECLARO**, ainda, ter ciência de que a falta de veracidade das informações oras prestadas **poderá acarretar a eliminação do candidato**, sem prejuízo da responsabilidade penal pela prática do delito de **falsidade ideológica**, previsto no Código Penal Brasileiro.

São João Batista (SC), ___ de ___ de 2025.

_____

Assinatura do Declarante

ESTADO DE SANTA CATARINA
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA**
Praça Deputado Walter Vicente Gomes, 89
CNPJ 82.925.652/0001-00
(48) 3265-0195 – rh@sjbatista.sc.gov.br

# AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO E COBRANÇA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:**

| | |
|---|---|
| Nome: | CPF: |

[ ] **AUTORIZO** o ente Empregador a descontar, mensalmente, de minha folha de pagamento, o valor de R$8,08 referente ao prêmio do Seguro de Vida em Grupo.

[ ] **NÃO AUTORIZO** o ente Empregador a descontar, mensalmente, de minha folha de pagamento, o valor de R$8,08 referente ao prêmio do Seguro de Vida em Grupo, estando ciente que, em caso de falecimento, os familiares/herdeiros não terão direito a perceber qualquer valor à título de Seguro de Vida.

São João Batista, ___ de ___ de 2025.

_____
Assinatura do Servidor