

**04ª CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO**  
**PROCESSO SELETIVO – EDITAL Nº 001/2024 – SSS**

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ**, por meio da Secretaria de Saúde e Saneamento e da Secretaria de Gestão Administrativa, considerando a homologação final do resultado do Processo Seletivo Edital nº 001/2024, destinado à contratação de pessoal por prazo determinado e formação de cadastro reserva do quadro de Pessoal da Secretaria de Saúde e Saneamento, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, **RESOLVE: CONVOCAR** os candidatos abaixo relacionados.

Os mesmos deverão comparecer ao **Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria de Gestão Administrativa**, localizado na rua Dinamarca, nº 320, 1º Andar, Bairro das Nações, Balneário Camboriú – SC, **de acordo com o cronograma disposto abaixo**, munidos da documentação completa (Anexo I), conforme previsto no Edital.

**CARGO: AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (40H)**

**O CANDIDATO DEVE COMPARECER NO DIA [12/04/2024 \(SEXTA-FEIRA\)](#) ÀS [14h00min](#)**

INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	NOME
317/2024	30	DENISE REITER
098/2024	31	MARGARETE TERESINHA DA SILVA DE AVILA
558/2024	32	APARECIDA ELISETE E OLIVEIRA

Balneário Camboriú, 11 de abril de 2024.

**CAROLINE PRAZERES**  
SECRETÁRIA DE SAÚDE E SANEAMENTO INTERINA

**JULIANA SERRAO KURTH**  
SECRETÁRIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

## ANEXO I – DOCUMENTOS NECESSÁRIO PARA ADMISSÃO

Os candidatos convocados devem apresentar toda documentação descrita a seguir, conforme item 9.3 do Edital de Processo Seletivo nº 001/2024 - SSS.

O candidato que **não apresentar a documentação completa** na data informada na convocação, terá **O PRAZO MÁXIMO DE 48 HORAS** contados a partir da data e horário da convocação para comparecer à **Divisão de Gestão de Pessoas da Secretaria de Gestão Administrativa**, para apresentar os documentos para contratação

Orientações para entrega da documentação:

- Levar caneta esferográfica de tinta azul ou preta;
- **Não grampear ou colar as cópias/certidões e demais documentos;**
- Não agrupar a documentação pessoal e a documentação de dependentes (se houver);
- Atentar-se à legibilidade da documentação original e cópias apresentadas;
- Apresentar a documentação, preferencialmente, na seguinte ordem:

### Certidões/Declarações (atualizadas):

- a. Certidão de quitação com as obrigações eleitorais e de estar em pleno gozo dos direitos políticos
  - *Disponível no cartório eleitoral ou através do endereço eletrônico:* <https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral/>;
- b. Certidão negativa de **PRIMEIRO GRAU** dos distribuidores criminais das Justiças Federal e Estadual onde tenha residido nos últimos 3 (três) anos – **exceto para candidatos que residiram/residem nos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná:**
  - *Disponível através do endereço eletrônico:* <https://www.cjf.jus.br/cjf/certidao-negativa>
- c. Certidão **CRIMINAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO** (PARA TODOS OS CANDIDATOS):
  - *Disponível em:* <https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>;
- d. Certidão **CRIMINAL ESTADUAL DE PRIMEIRO GRAU DE SANTA CATARINA** (PARA TODOS OS CANDIDATOS):
  - *Disponível em:* <https://certidoes.tjsc.jus.br/>;

*Candidatos de fora do Estado de Santa Catarina, devem apresentar as certidões criminais federal e estadual de seu estado de residência junto às certidões de Santa Catarina.*

- e. Comprovante de Situação Cadastral no CPF regular:
- *Disponível no site da Receita Federal em:*  
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>
- f. Comprovante de qualificação cadastral do e-Social (com a impressão do Resultado da Consulta, em que consta a mensagem "Os dados estão corretos"):
- *Disponível em:*  
<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/qualificar.xhtml>
- Em caso de alteração de nome, por casamento, divórcio ou qualquer outro fator gerador, em todos os documentos deverá constar o nome atualizado, sob pena de falsidade ideológica, nos termos do art. 299 do Código Penal.
- g. Cópia da Declaração de Imposto de Renda, completa e com recibo (quando declarante);
- No caso de pais como dependentes para fins de Imposto de Renda, apresentar cópia do CPF e RG dos mesmos.

**Documentos pessoais (originais e cópias simples):**

- h. Original **E** cópia da Carteira de identidade, CPF e Título de Eleitor (não será aceita CNH);
- i. Original **E** cópia do PIS/PASEP e CTPS com o n.º de série e data de emissão (ou CTPS digital, se for o caso);
- j. Original **E** cópia do Certificado de reservista (se masculino);
- k. Original **E** cópia do Comprovante de nível de escolaridade exigido para o cargo, conforme edital;
- l. Original **E** cópia do comprovante de residência em nome do contratado, pai, mãe, cônjuge legal **OU** declaração de residência em nome do proprietário autenticada em cartório;
- m. Atestado de Saúde Ocupacional (emitido por médico inscrito no CREMESC, sendo ele especialista ou não em Medicina do Trabalho) – sendo este de responsabilidade do candidato – **EXCETO nos casos de candidatos inscritos como PcD**, que serão avaliados pelo médico do trabalho do município para emissão do ASO, mediante solicitação de agendamento via protocolo do 1DOC no site da Prefeitura de Balneário Camboriú;
- n. Laudo caracterizador da Deficiência (**apenas candidatos inscritos como PcD – Pessoa com Deficiência**), nos termos dos dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência (Decreto Legislativo nº. 186/2008 e Decreto nº. 6.949/2009) combinado com os artigos 3º e 4º, do Decreto nº 3.298/1999, Súmula 377 do Superior Tribunal de Justiça– STJ, do Decreto Federal nº. 8.368/2014, da Lei nº. 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
- o. Uma (01) foto 3x4 atualizada;

**Documentos de dependentes (originais e cópias simples):**

- p. Original e cópia da Certidão de Casamento ou União Estável (se for o caso);
- q. Cópia da Carteira de identidade e CPF do cônjuge/companheiro(a);
- r. Original e cópia da Certidão de Nascimento de filhos;
- s. Cópia da Carteira de identidade e CPF do(s) filho(s).

**Declarações disponíveis no ato da entrega da documentação:**

- t. Declaração de isenção de Imposto de Renda (se for o caso);
- u. Declaração de não ter sofrido, no exercício de função pública, as penalidades previstas no artigo 137 e seu parágrafo único, da lei federal nº. 8.112/90 e na legislação correspondente dos estados e municípios;
- v. Declaração de acumulação legal de cargo Público, constando o cargo, carga horária, local de trabalho;
- w. Declaração de não acumulação ilegal de cargo, função, emprego público ou percepção de proventos;
- x. Informações bancárias: Agência e Conta no **Banco Itaú** – Caso o candidato não possua conta no Banco Itaú, será disponibilizada posteriormente a declaração para abertura de conta.

Conforme item 5.6 do Edital, **os candidatos com deficiência** submeter-se-ão, quando convocados, **à avaliação de equipe multiprofissional**, conforme Decreto Federal nº 3.298/99 e Decreto Federal nº 5.296/04, que terá a decisão terminativa sobre a qualificação do candidato como pessoa com deficiência ou não, e o grau de deficiência, capacitante ou não, para o exercício do cargo.

Os mesmos **terão o prazo de 48 horas contados a partir da data e horário da convocação para dirigir-se à Divisão de Gestão de Pessoas da Secretaria de Gestão de Administrativa**, localizada na Rua Dinamarca, nº 320, Bairro das Nações, munidos do **LAUDO MÉDICO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA** devidamente preenchido e assinado pelo Profissional de nível superior da área da Saúde/Especialidade, nos termos dos dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência (Decreto Legislativo nº. 186/2008 e Decreto nº. 6.949/2009) combinado com os artigos 3º e 4º, do Decreto nº 3.298/1999, Súmula 377 do Superior Tribunal de Justiça–STJ, do Decreto Federal nº. 8.368/2014, da Lei nº. 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), cujo modelo segue em anexo.

DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

**ANEXO II – LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA**

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA	
De acordo com os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei 13.146/2015, Lei 12764/12, Decreto 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012.	
Nome:	CPF:
<b>CID:</b> <b>Origem da deficiência:</b> <input type="checkbox"/> Congênita <input type="checkbox"/> Acid./Doença do. trabalho <input type="checkbox"/> Acid. comum <input type="checkbox"/> Doença comum <input type="checkbox"/> Adquirida pós operatório	
<b>Descrição detalhada dos impedimentos (alterações) nas funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental - psicossocial). Utilizar folhas adicionais, se necessário. Adicionar as informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.</b>	
<b>Descrição das limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social, (informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc.). Utilizar folhas adicionais, se necessário.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>I- Deficiência Física</b> - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <u>acarretando o comprometimento da função física</u> , apresentando-se sob a forma de: <input type="checkbox"/> paraplegia <input type="checkbox"/> paraparesia <input type="checkbox"/> monoplegia <input type="checkbox"/> monoparesia <input type="checkbox"/> tetraplegia <input type="checkbox"/> tetraparesia <input type="checkbox"/> triplegia <input type="checkbox"/> triparesia <input type="checkbox"/> hemiplegia <input type="checkbox"/> hemiparesia <input type="checkbox"/> ostomia <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro <input type="checkbox"/> paralisia cerebral <input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida <input type="checkbox"/> nanismo (altura: _____) <input type="checkbox"/> outras - especificar: _____	<input type="checkbox"/> <b>III a- Visão Monocular</b> - conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista). <b>Obs: Anexar laudo oftalmológico</b>
	<input type="checkbox"/> <b>IV- Deficiência Intelectual</b> - funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como: <input type="checkbox"/> a) - Comunicação; <input type="checkbox"/> b) - Cuidado pessoal; <input type="checkbox"/> c) - Habilidades sociais; <input type="checkbox"/> d) - Utilização de recursos da comunidade; <input type="checkbox"/> e) - Saúde e segurança; <input type="checkbox"/> f) - Habilidades acadêmicas; <input type="checkbox"/> g) - Lazer; <input type="checkbox"/> h) - Trabalho. <b>Obs: Anexar laudo do especialista.</b>
<input type="checkbox"/> <b>II- Deficiência Auditiva</b> - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ <b>Obs: Anexar audiograma</b>	<input type="checkbox"/> <b>IV a- Deficiência Mental – Psicossocial –</b> conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. ( <u>Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas</u> ). <b>Obs: Anexar laudo do especialista</b>
<input type="checkbox"/> <b>III- Deficiência Visual</b> ( ) cegueira - acuidade visual $\leq$ 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; ( ) baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; ( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º <b>Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.</b>	<input type="checkbox"/> <b>IV b- Deficiência Mental – Lei 12764/2012 – Espectro Autista</b> <b>Obs: Anexar laudo do especialista.</b>
	<input type="checkbox"/> <b>V- Deficiência Múltipla</b> - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)
<b>Conclusão:</b> A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015-Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência; dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Dec. 5296/2004; do artigo 1º, §2º, da Lei nº 12.764/2012, Parecer CONJUR 444/11, das recomendações da IN 98/SIT/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009.	
Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade	Data:
Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de pessoas com Deficiência /reabilitados da empresa. Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho.	Assinatura do empregado