

**PROCESSO SELETIVO – EDITAL Nº 004/2024**  
**06ª CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO**

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ**, por meio da Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas e da Secretaria Municipal de Saúde, considerando a homologação final do resultado do Processo Seletivo Edital nº 004/2024, destinado à formação de cadastro reserva para admissão em caráter temporário, do quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Balneário Camboriú (SC), a fim de atender a necessidade temporária de excepcional interesse público na manutenção de serviços essenciais, **RESOLVE**: Convocar os candidatos abaixo relacionados.

Os candidatos que tiverem interesse na vaga, deverão apresentar a documentação completa, **no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, através de protocolo 1DOC**, por meio do seguinte link: <https://bc.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&passo=1&itd=29&is=4784726>, seguindo as orientações do Anexo I.

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

INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	NOME
133/2024	250 (07 PCD)	ANNA CLAUDIA GOMES DA SILVA
035/2024	96	GIANE SCHMIDT DA LUZ
419/2024	97	ROSENI CARVALHO DE SOUZA
040/2024	98	SIMONE SOUZA
010/2024	99	ANNA PAULA CARNEIRO DA COSTA
364/2024	100	HILTON DE ALMEIDA FRANÇA
063/2024	101	ROSMEIRI MARIS BOTELHO NUNES
389/2024	312 (08 PCD)	EVELIN FERNANDA REIS

Balneário Camboriú, 24 de abril de 2025.

**ALINE LEAL**  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ARY EUCLIDES DE SOUZA FILHO**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS

## ANEXO I – DOCUMENTOS NECESSÁRIO PARA ADMISSÃO

Caso tenha interesse na vaga, o(a) candidato(a) convocado(a) poderá abrir um protocolo por meio do seguinte link: <https://bc.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&passo=1&itd=29&is=4784726>, seguindo as orientações e anexando toda a documentação exigida, respeitando o **prazo de 48 (quarenta e oito) horas**, conforme item 9.4 do Edital de Processo Seletivo nº 004/2024.

Orientações para caso não consiga acessar o link citado acima:

- Acesse o site da Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú: <https://www.bc.sc.gov.br/>;
- Acesse, na aba de Serviços, a opção “**PROTOCOLO**”;
- Digite no campo de pesquisa: “DIGP – Admissional – Entrega de Documentação – ACT”;
- Selecione a opção correspondente e clique no botão: “Abrir online > Via protocolo 1Doc”;
- Faça seu login ou crie um cadastro com seu e-mail;
- Siga as demais instruções para preenchimento dos campos necessários e para anexar os documentos.

### **Documentos pessoais:**

1. Carteira de identidade, com prazo de expedição de no máximo 10 (dez) anos (não será aceita CNH);
2. CPF;
3. Título de Eleitor/E-Título (impresso);
4. PIS/PASEP/NIT;
5. CTPS com o n.º de série e data de emissão (ou CTPS digital, se for o caso);
6. Carteira de Trabalho Digital, contendo o extrato de vínculos de trabalho, OU extrato de contribuição CNIS (impressa);
7. Certificado de reservista ou equivalente que comprove a quitação com o serviço militar (se masculino);
8. Comprovante de residência *atualizado* em nome do contratado, pai, mãe, cônjuge legal, **OU declaração de residência autenticada em cartório**, acompanhada do comprovante de residência em nome do proprietário;
9. Comprovante de nível de escolaridade exigido para o cargo, conforme edital;
10. Atestado de Saúde Ocupacional, emitido por médico inscrito no CREMESC, sendo ele especialista ou não em alguma das áreas médicas, inclusive da Medicina do Trabalho **(EXCETO nos casos de candidatos inscritos como PcD)**;
11. Laudo caracterizador da Deficiência **(para candidatos 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);

**Documentos de dependentes:**

12. Certidão de Casamento ou União Estável (se for o caso);
13. Carteira de identidade e CPF do cônjuge/companheiro(a);
14. Certidão de Nascimento de filhos;
15. Carteira de identidade e CPF do(s) filho(s);

**Declarações e certidões (atualizadas):**

16. 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.
17. 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>;
18. Certidão negativa de **PRIMEIRO GRAU** dos distribuidores criminais das Justiças Federal e Estadual **de 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>
19. Certidão **CRIMINAL FEDERAL** da 4ª Região (PARA TODOS OS CANDIDATOS):
  - *Disponível em:* <https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>;
20. 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.*
21. 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>

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.

**Declarações a serem preenchidas:**

22. Autodeclaração étnico-racial;
23. Declaração de não acumulação ilegal de cargo, função, emprego público ou percepção de proventos OU declaração de acumulação legal de cargo Público, constando o cargo, carga horária, local de trabalho;
24. 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;
25. Declaração de isenção de Imposto de Renda (se for o caso);
26. Declaração de inclusão de dependente para fins de cálculo de dedução de imposto de renda (se for o caso);
27. Informações bancárias: Agência e Conta no Banco Itaú – Caso o candidato não possua conta no Banco Itaú, será disponibilizada 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 apresentar, através do Protocolo, o LAUDO MÉDICO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA (Modelo disponível no Anexo II)** 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).

DIVISÃO ADMINISTRATIVA DE PESSOAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS



## 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).</b> Utilizar folhas adicionais, se necessário. Adicionar as informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.	
<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.).</b> Utilizar folhas adicionais, se necessário.	
<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>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- 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>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 60° <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 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. (Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas). <b>Obs: Anexar laudo do especialista</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