

01ª CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
PROCESSO SELETIVO – EDITAL Nº 005/2023 – SED

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ**, por meio da Secretaria Municipal de Educação e da Secretaria de Gestão Administrativa, considerando a homologação final do resultado do Processo Seletivo Edital nº 005/2023, destinado à formação de cadastro reserva para admissão em caráter temporário, do quadro de pessoal do Magistério Público Municipal de Balneário Camboriú (SC), para o ano letivo de 2024,

RESOLVE: Convocar os candidatos abaixo relacionados.

Os mesmos deverão comparecer ao **Teatro Municipal Bruno Nitz** (Esquina com a Avenida Central – Rua 300, Centro, Balneário Camboriú – SC), **de acordo com o cronograma disposto abaixo**, munidos da documentação completa (Anexo I), conforme previsto no Edital.

CARGO: ESPECIALISTA EM EDUCAÇÃO – ADMINISTRADOR ESCOLAR (40H)

O CANDIDATO DEVE COMPARECER NO DIA **22/01/2024 (SEGUNDA-FEIRA)** ÀS **10h00min**

INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	NOME
1113	01	ALINE DE OLIVEIRA SANT ANNA
156	02	BEATRIZ FERNANDEZ
1286	03	CHEILA SALETE DA LUZ DE JESUS
1708	04	HUMBERTO MAGNANI
1805	05	FRANCIELE DE ALMEIDA SOUZA
138	06	PALOMA REGINA DE OLIVEIRA PATT
574	07	MARINEZ RIBEIRO PEREIRA
1293	08	EMANUELA DA SILVA BRUM

CARGO: ESPECIALISTA EM EDUCAÇÃO – ORIENTADOR EDUCACIONAL (40H)

O CANDIDATO DEVE COMPARECER NO DIA **22/01/2024 (SEGUNDA-FEIRA)** ÀS **10h30min**

INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	NOME
428	01	MAXSUEL POLICARPO LINHARES
954	02	JEANINE PINHEIRO
1795	03	ANDREIA MARIA DE SOUISA CAVALCA
1084	04	IZABEL APARECIDA ANTUNES
428	01 (01 PCD)	MAXSUEL POLICARPO LINHARES
1448	05	GUILHERME SALVI DE OLIVEIRA IENSEN
326	06	SANDRA APARECIDA CENSI KREBS
494	07	ZENECIR SIMONETTO
1164	08	ANDRÉA MORENO

CARGO: ESPECIALISTA EM EDUCAÇÃO – SUPERVISOR ESCOLAR (40H)

O CANDIDATO DEVE COMPARECER NO DIA **22/01/2024 (SEGUNDA-FEIRA)** ÀS **11h00min**

INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	NOME
135	01	KATIA CARDOSO CAMPOS SIMONETTO
612	02	ANA ROSA DE AGUIAR
1673	03	ANDRÉIA CRISTINA HERRMANN PEDROTTI
166	04	SANDRA APARECIDA DOS SANTOS
612	02 (01 PCD)	ANA ROSA DE AGUIAR
1635	05	MARIA TEREZINHA DE FREITAS DA LUZ
1012	06	SONIA MARA KRUEGER
377	07	KARYANE SANTANA BATTISTI ARCHER
1700	08	JAIME LUIZ GUTH
459	09	ROSÂNGELA DO ROCIO VALENTIM FERREIRA DA SILVA
30	10	MARGARETE BRANCHER GUIMARÃES
890	11	MORGANA SILVA MERIM FANTIN
1029	12	ANA MARTHA BERNARDO DELLAI
92	13	JANAÍNA DE OLIVEIRA JOAQUIM
1423	14	GIOVANE ROBERTO CASTILHO

Balneário Camboriú, 19 de janeiro de 2024.

MARCELO ACHUTTI
DIRETOR GERAL DO COLEGIADO

JULIANA SERRAO KURTH DAMAZIO
SECRETÁRIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

ANEXO I – DOCUMENTOS NECESSÁRIO PARA ADMISSÃO

Os candidatos convocados devem apresentar toda documentação descrita a seguir, conforme item 15.9 do Edital de Processo Seletivo nº 005/2023 – SED.

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 no **Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria de Educação**, sito a rua Camboriú, nº 100, Bairro dos Municípios, para apresentar a documentação de 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** de Santa Catarina (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 Inscrição no respectivo Conselho de Classe, quando exigido;
- m. 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;
- n. 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)
- 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 8.10 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

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:
--------------	-------------

CID: _____ **Origem da deficiência:** _____
☐ Congênita ☐ Acid./Doença do. trabalho ☐ Acid. comum ☐ Doença comum ☐ Adquirida pós operatório

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.

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.

<p><input type="checkbox"/> I- Deficiência Física - 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:</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> paraplegia</td><td><input type="checkbox"/> paraparesia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> monoplegia</td><td><input type="checkbox"/> monoparesia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> tetraplegia</td><td><input type="checkbox"/> tetraparesia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> triplegia</td><td><input type="checkbox"/> triparesia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> hemiplegia</td><td><input type="checkbox"/> hemiparesia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ostomia</td><td><input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> paralisia cerebral</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> nanismo (altura: _____)</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> outras - especificar: _____</td></tr></table>	<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: _____		<p><input type="checkbox"/> III a- Visão Monocular- 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). Obs: Anexar laudo oftalmológico</p> <p><input type="checkbox"/> IV- Deficiência Intelectual- funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> a) - Comunicação;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> b) - Cuidado pessoal;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> c) - Habilidades sociais;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> d) - Utilização de recursos da comunidade;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> e) - Saúde e segurança;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> f) - Habilidades acadêmicas;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> g) - Lazer;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> h) - Trabalho.</td></tr></table> <p><u>Obs: Anexar laudo do especialista.</u></p>	<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.
<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"/> 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.																													

<p><input type="checkbox"/> II- Deficiência Auditiva - 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 <u>Obs: Anexar audiograma</u></p>	<p><input type="checkbox"/> IV a- Deficiência Mental – Psicossocial – 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>). <u>Obs: Anexar laudo do especialista</u></p>
<p><input type="checkbox"/> III- Deficiência Visual () cegueira - acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;</p>	

<p>() baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;</p> <p>() somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°</p> <p><u>Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> IV b- Deficiência Mental – Lei 12764/2012 – Espectro Autista <u>Obs: Anexar laudo do especialista.</u></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> V- Deficiência Múltipla - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)</p>
---	---

Conclusão: 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
---	-------------------------