

EDITAL Nº 437/SAGP, DE 1º DE AGOSTO DE 2023

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA, em exercício, no uso das atribuições que lhe são conferidas em Lei, por meio da Secretaria de Município de Administração e Gestão de Pessoas, TORNA PÚBLICO o presente Edital para CONVOCAR os candidatos classificados;

Considerando o Concurso Público realizado de acordo com Edital nº 001/2017 - MAGISTÉRIO, de 24 de agosto de 2017, e homologado através do Edital nº 065/2018, de 24 de janeiro de 2018;

Considerando as solicitações através dos Ticket nº 127819 e nº 127988 e Memorandos nº 3686/2023/SMEd e nº 3705/2023/SMEd;

Considerando a Portaria nº 4145, de 1º de agosto de 2023;

Art. 1º Os candidatos relacionados no Anexo I deste edital deverão:

I – Dirigir-se à Secretaria de Município da Educação, situada na Rua Alameda Montevideu, nº 313, Ed. Sobral Pinto – Bairro Nossa Senhora das Dores, a fim de tratar de sua lotação em uma das escolas da Rede Municipal de Ensino.

II – De acordo com a Lei Municipal nº 6591, de 15 de dezembro de 2021, que institui o Regime de Previdência Complementar para os servidores públicos titulares de cargo efetivo do Município de Santa Maria, o candidato deverá dirigir-se ao setor de Previdência Complementar da Prefeitura Municipal de Santa Maria localizado na Rua Venâncio Aires, 2035, 5º andar, sala 503, prédio da CACISM, contato (55) 9 9167-4159 ou (55) 3174-1531, opção 7, a fim de ter ciência do plano de Previdência Complementar desta Prefeitura.

III - Encaminhar os documentos, listados a seguir, digitalizados para o e-mail atosrh.smg@gmail.com, obrigatoriamente no formato Portable Document Format (.pdf) em arquivos individuais, e os formulários que compõem o processo admissional, anexados a este edital, que deverão ser preenchidos pelo candidato.

IV - O documento constante do Anexo III (Formulário de exame médico) deverá ser impresso e entregue na Coordenadoria de Atenção Integrada a Saúde e Segurança dos Servidores (CAISS) no momento do exame admissional, que deverá ser agendado previamente no fone (55) 3174 1531, opção 5 ou 991678524, conforme disponibilidade da agenda da Médica do Trabalho, sendo de total responsabilidade do candidato a apresentação da integralidade da documentação exigida, bem como agendamento do exame admissional em tempo hábil para cumprimento dos prazos ao exercício do cargo, sob pena de desclassificação no processo de admissão.

V - Após o Exame Médico Admissional, o atendimento presencial deverá ser agendado com a Coordenadoria de Atos de RH, momento no qual os documentos originais encaminhados previamente por e-mail, deverão ser apresentados, quando então serão autenticados e, se necessário, solicitados documentos complementares, somente após finalizada essa etapa, será assinado o termo de posse.

As dúvidas quanto aos procedimentos adotados no processo poderão ser encaminhadas para a Coordenadoria de Atos de RH, por meio do e-mail atosrh.smg@gmail.com e/ou do telefone 3174-1531 opção 3.

Certidões:

1. Certidões negativas cível e criminal - retiradas por meio do site <http://www.tjrs.jus.br>;
2. Certidões negativas cível e criminal da Justiça Federal – 4º região - retiradas por meio do site <http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>;
3. Certidão de Quitação Eleitoral - retirada no site do TSE <http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>.

Documentos:

1. Carteira de Identidade e CPF;
2. Certidão de nascimento ou casamento;
3. Carteira Nacional de Habilitação (opcional);
4. Título de Eleitor;
5. Comprovação de inscrição do PIS/PASEP;
6. Certificado de Reservista;
7. Comprovante de escolaridade;
8. Comprovante de endereço (água, luz ou **telefone fixo**), se o candidato não for o (a) titular do comprovante, deve ser apresentada declaração do titular, com assinatura autenticada, declarando expressamente o endereço de residência do candidato;
9. Declaração de bens e rendas ou cópia da Declaração de Imposto de Renda;
10. 01 foto 3x4 (digitalizada);
11. Declaração de acúmulo de cargo ou emprego público (caso possua outro cargo ou emprego público, apresentar declaração do órgão de origem com carga horária e turno);
12. Dependentes: Documentos conforme Anexo X;

Art. 2º - A candidata tem o prazo de até quinze dias para entrar em contato, a partir de **02 de agosto de 2023**.

RODRIGO DÉCIMO

Fazem parte do presente edital:

Anexo I – Relação nominal dos convocados;

Anexo II – Formulário de Exame Médico;

Anexo III – Declaração de Acúmulo de Cargo Público;

Anexo IV – Declaração de Bens (para os candidatos que não declaram Imposto de Renda);

Anexo V – Solicitação de Auxílio Transporte;

Anexo VI – Declaração de Residência;

Anexo VII – Prorrogação para a posse;

Anexo VIII – Termo de desistência de nomeação.

Anexo IX – Declaração de Dados Bancários

Anexo X – Solicitação de Inclusão de Dependentes para Imposto de Renda.

ANEXO I

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL

| CLASSIFICAÇÃO | CANDIDATOS |
|---------------|-------------------------------------|
| 419º | MARIA TERESINHA PLATE NEVES PEREIRA |

PROFESSOR DE ENSINO FUNDAMENTAL - ANOS INICIAIS

| CLASSIFICAÇÃO | CANDIDATOS |
|---------------|--------------------------------------|
| 375º | JULIANA DE AZAMBUJA RIBEIRO TRINDADE |

ANEXO II

LAUDO MÉDICO:

Pelo presente, apresentamos a Vossa Senhoria o(a)
servidor(a)a ser nomeado(a) para desempenhar
as atribuições do cargo de

..... com o objetivo de ser submetido(a) a Exame Médico Admissional.

Santa Maria, / / 2023.

PARECER:

() CANDIDATO APTO

Declaro que o(a) referido(a) servidor(a) foi submetido(a) a Exame Médico Admissional
e encontra-se, no momento, em perfeitas condições de saúde física e mental para o exercício
do cargo para o qual foi nomeado.

Santa Maria, ____/____/____.

Médico: _____.

() CANDIDATO INAPTO

Declaro que o(a) referido(a) servidor(a) foi submetido(a) a Exame Médico Admissional
e foi considerado(a) INAPTO para o exercício do cargo para o qual foi nomeado(a), pelas
razões abaixo descritas:

Santa Maria, ____/____/____.

Médico: _____.

Setor de Medicina do Trabalho do Município – Coordenadoria de Engenharia de
Segurança do Trabalho da Saúde do Servidor – CAISS

EXAME MÉDICO – (55) 3174 1531 ou 991678524

Praça Aristides Miranda Brum, nº 303, sala 01 – Santa Maria – RS

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO

Eu _____, inscrito no CPF _____ e no RG _____, domiciliado na Rua _____ fone _____, declaro para fins de posse no cargo _____ que:
() Não exerço qualquer outro cargo, emprego ou função pública, em Entidades Federais, Estaduais ou Municipais, bem como em Autarquias, Empresas Públicas ou de Economia, Mista e Fundações Públicas.
() Exerço o cargo público, função ou emprego abaixo:
Detentor do cargo: _____ na Instituição _____, no (local de trabalho-cidade) _____ (UF) _____, desde ____/____/____, cuja jornada de trabalho é de _____ semanais.
() Percebe proventos de aposentadoria, instituição: _____

ART. 37 – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

XVI – é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários:

I. a de dois cargos de professor;

II. a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;

III. a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

“§ 10- É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos art. 42 e 142 com remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração.”

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 20 DE 15/12/1998

Art. 11 – A vedação prevista no art. 37, § 10, da Constituição Federal, não se aplica aos membros de poder e aos inativos, servidores militares, que até a publicação desta Emenda, tenham ingressado novamente no serviço público por concurso público de provas ou de provas e de títulos, e pelas demais formas previstas na Constituição Federal, sendo-lhes proibida a percepção de mais de uma aposentadoria pelo regime de previdência a que se refere o art.40 da Constituição Federal, aplicando-lhes, em qualquer hipótese, o limite de que trata o §11 deste mesmo artigo.

Art. 218 – LEI 869 de 05/07/1952

“A autoridade que tiver ciência ou notícia de ocorrência de irregularidade no Serviço Público é obrigada a promover-lhe a apuração imediata, por meios sumários, inquéritos ou processo administrativo.”

Art. 249 – LEI 869 de 05/07/1952

“A pena de demissão será aplicada nos casos de:
I-acúmulo ilegal de cargos, funções ou cargos e funções.”

Lei Municipal nº 3326/91, de 04-06-1991,

Art. 164- É vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários;

I – de dois cargos de professor;

II – de um cargo de professor com outro técnico ou científico;

III – de dois cargos privativos de médico.

Parágrafo Único – A proibição de acumular estende-se a cargos, empregos e funções em autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista da união, do Distrito Federal, dos Estados, dos Territórios e dos Municípios.

***Anexar o comprovante de todo o Cargo Municipal, Estadual e/ou Federal que o declarante possuir.**

Santa Maria, ____ de _____ de 20____

.Assinatura: _____

ANEXO IV – Declaração de Bens (para os candidatos que não declaram Imposto de Renda);

Atendimento às Leis Estaduais nº 12.036/2003, 12.980/2008, Lei Federal n.º 8.426/1992 e resolução nº 963/2012 do Tribunal de Contas do Estado.

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES ¹

| | | |
|--|----------------------|---------------------|
| 1. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE PÚBLICO | | |
| NOME: | | |
| CPF: | | |
| TÍTULO DE ELEITOR: | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | |
| ENDEREÇO COMPLETO: | | |
| CEP: | E-MAIL: | |
| MUNICÍPIO/UF: | TELEFONE: | |
| 2. DEPENDENTES | | |
| CPF: | GRAU DE DEPENDÊNCIA: | DATA DE NASCIMENTO: |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 3. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELO TITULAR | | |
| NOME DA FONTE PAGADORA: | | |
| CNPJ RENDIMENTOS – R\$ | | |
| TOTAL | | |
| INFORMAR PRINCIPAL FONTE PAGADORA: CNPJ: | | |
| 4. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELOS DEPENDENTES | | |

¹ () Declaração de Ingresso. Preencher os itens 1, 2, 8, 9, 11 e 12.

() Declaração de desligamento. Preencher todos os itens.

() Declaração de atualização anual. Preencher todos os itens, com informações relativas aos rendimentos auferidos no exercício anterior e ao patrimônio do último dia do exercício anterior.

NOME DA FONTE PAGADORA CNPJ DO DEPENDENTE

RENDIMENTOS – R\$

TOTAL:

5. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS FÍSICAS E DO EXTERIOR (TITULAR)

| MÊS | PESSOA FÍSICA(A) | EXTERIOR | TOTAL REND. (R\$) |
|-------|------------------|----------|-------------------|
| JAN | | | |
| FEV | | | |
| MAR | | | |
| ABR | | | |
| MAI | | | |
| JUN | | | |
| JUL | | | |
| AGO | | | |
| SET | | | |
| OUT | | | |
| NOV | | | |
| DEZ | | | |
| TOTAL | | | |

6. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS FÍSICA E DO EXTERIOR (DEPENDENTES)

| MÊS | PESSOA FÍSICA(A) | EXTERIOR | TOTAL REND. (R\$) |
|-----|------------------|----------|-------------------|
| JAN | | | |
| FEV | | | |
| MAR | | | |
| ABR | | | |
| MAI | | | |
| JUN | | | |
| JUL | | | |
| AGO | | | |
| SET | | | |
| OUT | | | |
| NOV | | | |
| DEZ | | | |

| | | | |
|---|--------------|--------------------------------|--|
| TOTAL | | | |
| 7. OUTROS RENDIMENTOS | | | |
| DISCRIMINAÇÃO RENDIMENTOS – R\$ | | | |
| Bolsa de estudo e pesquisa, desde que não represente vantagem ao doador e não caracterize contraprestação de serviço. | | | |
| Capital da apólice de seguro ou pecúlio pago por morte de segurado restituído em qualquer caso e pecúlio recebido de entidades de previdência privada em decorrência de morte ou invalidez permanente | | | |
| Indenizações por rescisão de contrato de trabalho, inclusive a título de PDV, e por acidente de trabalho, e FGTS. | | | |
| Lucro de alienação de bens e direitos de pequeno valor e/ou do único imóvel, redução do ganho de capital. | | | |
| Lucros e dividendos recebidos. | | | |
| Parcela isenta de proventos de aposentadoria, reserva remunerada, reforma e pensão de declarante com 65 anos ou mais. | | | |
| Pensão, proventos de aposentadoria ou reforma por moléstia grave e aposentadoria ou reforma por acidente em serviço. | | | |
| Rendimentos de cadernetas de poupança e letras hipotecárias. | | | |
| Rendimentos de sócio ou titular de microempresa ou empresa de pequeno porte, optante pelo simples, exceto pro labora, aluguéis e serviços prestados. | | | |
| Transferências patrimoniais-doações, heranças, meações e dissolução da sociedade conjugal ou unidade familiar. | | | |
| Décimo terceiro salário. | | | |
| Rendimentos e aplicações financeira (especificar cada uma) | | | |
| Outros rendimentos do titular (especifique) | | | |
| TOTAL | | | |
| 8. DECLARAÇÃO DE BENS E DIREITOS | | | |
| Informar: DATA, VALOR DE AQUISIÇÃO E DE ALIENAÇÃO (informar destinatários com CPF), QUANDO FOR O CASO | | SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO R\$ | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/DIREITO | | | |
| TIPO (*) | ANO DE | ANO DE | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | | |
| (*) TIPO: Imóveis – Terreno, apartamento, casa, loja, outros; veículos, embarcações, semoventes, dinheiros, títulos, ações e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais localizados no País ou no Exterior. | | | |

9. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS

| Discriminar dívidas de ônus reais – nome do beneficiário ou credor | SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$ | |
|--|----------------------------------|-----------|
| | ANO | ANO |
| | | |
| | | |
| | | |

TOTAL

10. INFORMAÇÕES DOS CÔNJUGE E DOS DEMAIS DEPENDENTES

| CPF | RENDIMENTOS R\$ |
|-----|-----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

11. BENS DO CÔNJUGE E DEMAIS DEPENDENTES

Os bens de cônjuge e demais dependentes estão informados acima? () sim () não

Caso negativo discriminar abaixo

DISCRIMINAÇÃO BEM/DIREITO Informar: DATA, VALOR DE

| AQUISIÇÃO E DE ALIENAÇÃO (informar destinatários com CPF), QUANDO FOR O CASO | | SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$ | | |
|--|-----|----------------------------------|-----------|-----------|
| DESCRIÇÃO DO BEM | CPF | TIPO | ANO | ANO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

12. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS DO CÔNJUGE E DEMAIS DEPENDENTES

As dívidas e ônus reais do cônjuge e demais dependentes estão informados acima? () sim () não
 Caso negativo discriminar abaixo.

| DISCRIMINAÇÃO DA DÍVIDA | | SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$ | | |
|-------------------------|-----|----------------------------------|-----------|-----------|
| DESCRIÇÃO DO BEM | CPF | TIPO | ANO | ANO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE E ESTOU CIENTE DE QUE A PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS PODERÁ ENSEJAR A RESPONSABILIZAÇÃO ADMINISTRATIVA, PENAL E CIVIL. | | | | |
| Data: | | | | |
| Assinatura do Agente Público: | | | | |

ANEXO V

Solicitação de Inclusão de Auxílio Transporte

Eu,, servidor(a) municipal, ativo, lotado(a) na Secretaria de Município de, residente à rua nº, bairro, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria o auxílio-transporte instituído pela Lei Nº 3121/89, de 03(três) de julho de 1989, regulamentada pelo Decreto nº 326, de 25 de agosto de 1989, uma vez que necessito utilizar transporte coletivo público em meus deslocamentos de casa para o local de trabalho que fica na rua, nº, bairro, e vice-versa, sendo este trajeto servido pela linha de transporte (ônibus utilizado).

Responsabilizo-me a informar qualquer alteração dos dados declarados na presente.

Telefone para contato: (.....)

Nestes termos,

Pede Deferimento

Santa Maria, de de 20

Assinatura do servidor requerente

| PARA USO EXCLUSIVO DO SETOR DE FOLHA DE PAGAMENTO | | |
|---|-----------|--|
| Cargo: | | |
| Matrícula | Percursos | |
| | | |
| | | |

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, nacionalidade BRASILEIRA, estado civil _____, profissão _____, RG nº _____ e CPF nº _____, declaro, para os devidos fins, que _____, nacionalidade BRASILEIRA, estado civil _____, profissão _____, RG nº _____ e CPF nº _____, reside no seguinte endereço:

_____.

Declaro, ainda, estar ciente de que declaração falsa de endereço constitui crime de falsidade ideológica – Art. 299 do CP.

Santa Maria (RS), _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

ANEXO VII – Prorrogação para a posse

Ao Sr.

Secretário de Município de Administração e Gestão de Pessoas

Eu, _____, aprovado (a) no Concurso Público realizado de acordo Edital nº 001/2017, de 24 de agosto de 2017, e homologado através do Edital nº 065/2018, de 24 de janeiro de 2018, para o cargo de _____, ato de convocação publicado no Edital nº _____, de ____ de _____ de 20____, venho respeitosamente perante Vossa Senhoria, com base no art.17, § 1º da Lei Municipal nº 3326/91, requerer a **PRORROGAÇÃO** do prazo para a **POSSE** por mais 15 (quinze) dias, a contar de _____ de _____ de 2023.

Santa Maria, _____ de _____ de 20____.

Requerente

ANEXO VIII

TERMO DE DESISTÊNCIA DE NOMEAÇÃO

Eu, _____, portador (a) da Cédula de Identidade nº _____, CPF nº _____, aprovado(a) no Concurso Público promovido pela Prefeitura Municipal de Santa Maria – RS, para provimento do cargo de _____ do Concurso Público realizado de acordo com o Edital nº 001/2017, de 24 de agosto de 2017, e homologado através do Edital nº 065/2018, de 24 de janeiro de 2018, e convocado(a) através do Edital nº ____/SAGP de ____ de ____ de 2023, classificado(a) na ____ colocação, vem expressamente apresentar TERMO DE DESISTÊNCIA para o referido Cargo, ficando essa Prefeitura Municipal autorizada a nomear o próximo candidato da lista de aprovados.

Santa Maria, RS, _____ de _____ de 20____.

Assinatura como no documento de identificação

ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

Santa Maria, _____ de _____ de 2023

Eu _____
residente _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
RG: _____ CPF: _____, servidor da
Prefeitura Municipal de Santa Maria, empossado em ____/____/____, solicito
que seja efetuado o pagamento da minha remuneração mensal através de:

Depósito em () Conta Corrente () Conta Poupança

DADOS BANCÁRIOS:

Banco: _____

Agência: _____

Nº da conta: _____

Declaro que os dados bancários acima mencionados são da minha titularidade.

Atenciosamente,

ANEXO X

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) PARA CÁLCULO DA DEDUÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Eu, _____, solicito a inclusão do(s) dependente(s) abaixo para fins de abatimento mensal do Imposto de Renda retido na fonte na minha folha de pagamento.

DECLARO ser(em) meu(s) dependente(s) econômico(a), não percebendo qualquer tipo de provento superior ao permitido por lei para esta finalidade. Declaro também que o(s) dependente(s) abaixo não é(são) meu(s) beneficiário(s) de pensão alimentícia e ainda, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

| Nome completo do dependente | Grau de parentesco | Data de nascimento | CPF |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Santa Maria, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

Para inclusão, anexar os seguintes documentos do(s) dependente(s):

- 1: Cônjuge: Certidão de Casamento, CPF
- 2: Companheiro(a): RG ou Certidão de Nascimento, CPF
- 3: Filho ou enteado: Certidão de Nascimento, CPF
- 4: Filho ou enteado estudante (21 a 25 anos incompletos): Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Matrícula em instituição reconhecida pelo MEC
- 5: Filho ou enteado com incapacidade física ou mental: Certidão de Nascimento, CPF e Laudo Médico Atestando a Incapacidade
- 6: Pais, avós, bisavós que recebem rendimentos tributáveis ou não até o limite do teto para isenção do IR: Certidão de Casamento ou RG e CPF
- 7: Irmão, neto, bisneto sem arrimo dos pais, do qual o servidor detém a guarda judicial, até completar 22 anos ou em qualquer idade quando incapacitado física e/ou mental Laudo Médico atestando a incapacidade ente para o trabalho: Certidão de Nascimento, CPF, Termo de Guarda e Laudo Médico Atestando a Incapacidade
- 8: Menor pobre que o servidor crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial, até o mês em que completar 22 anos: Certidão de Nascimento, CPF e Termo de Guarda
- 9: Pessoa incapaz da qual o servidor seja tutor ou curador: CI ou Certidão de Nascimento, CPF e Termo de Guarda ou Termo de Curatela.