ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2026.

O PREFEITO MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE, USANDO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE SÃO INERENTES E DAS LEIS COMPLEMENTARARES Nº 024/2003 QUE DISPOE SOBRE O ESTATUTO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE NOVO HORIZONTE, 025/2003 QUE DISPOE SOBRE O QUADRO DE VAGAS DOS SERVIDORES E OBSERVANDO O QUE DISPÕE O PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS:

Considerando a abertura de uma vaga para cada um dos seguintes cargos:

- **assistente administrativo;**
- **assistente social;**
- **auxiliar de serviços gerais;**
- **enfermeiro;**
- **fiscal de tributos e obras;**
- **fiscal de vigilância sanitária e defesa civil;**
- **operador de máquinas.**

E considerando a abertura de duas vagas para o cargo de motorista:

CONVOCA:

Art. 1º - **Ficam convocados os candidatos aprovados no Concurso Público Nº 001/2025**, realizado para esta Municipalidade para comparecer perante a Secretaria De Administração e Fazenda da Prefeitura Municipal de Novo Horizonte, situada à Rua Jose Fabro nº 01 - centro, nesta cidade, **até dia 23 de fevereiro de 2026 às 17h00min**, para manifestar-se sobre a aceitação ou não aceitação do cargo público ao qual encontra-se selecionado, bem como para designação de local de trabalho, sendo que o início dos trabalhos será até o dia **09 de março de 2026.**

VAGAS:

CARGO/ FUNÇÃO	**NOME DO CANDITADO**	**CARGA HORÁRIA SEMANAL**	**LOTAÇÃO**
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	**ALESSANDRA FORNARI BRUM**	40HS	SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA
ASSISTENTE SOCIAL	**BARBARA PATRICIA DE MELLO**	40 HS	SECRETARIA DA SAÚDE
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	**ROSENI APARECIDA DALLACORTE ZAGO**	40 HS	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
ENFERMEIRO	**REGES ANTÔNIO DEON**	40 HS	SECRETARIA DA SAÚDE
FISCAL DE TRIBUTOS E OBRAS	**SUZANA COAN VIERO**	40 HS	SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA
FISCAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E DEFESA	**BARBARA ZILLIO NUNES**	40 HS	SECRETARIA DA SAÚDE

CIVIL			
MOTORISTA	**GERRI SANAGIOTTO**	40 HS	SECRETARIA DA SAÚDE
MOTORISTA	**FÁBIO MARCOS BOASTIK**	40 HS	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
OPERADOR DE MÁQUINAS	**RODRIGO GALVAN**	40 HS	SECRETARIA DE AGRICULTURA

Art. 2º - Os candidatos que recusarem a vaga cedem automaticamente a vaga para o próximo colocado na classificação, passando para o final da lista em ordem de chamada.

Parágrafo único – Os convocados deverão protocolar os documentos abaixo relacionados, junto ao Setor de RH (Recursos Humanos) até o dia 06 de março de 2026, sob pena de perder o direito de ingresso no cargo:

Deverão apresentar cópia dos documentos abaixo relacionados para nomeação/Contratação no Município de Novo Horizonte, CNPJ: 95.990.115/0001-87.

- Atestado Médico, procedido por Medico Oficial, declarando apto para o Exercício do cargo na data da contratação ou nomeação (**encaminhado a empresa SUDOMED**);
- Cédula de Identidade (xérox);
- CPF (xérox);
- Título de eleitor (xérox);
- Comprovante da quitação eleitoral e Gozo dos Direitos Políticos (site TSE);
- Comprovante de quitação com as obrigações Militares se for o caso;
- Certidão de Antecedentes Criminais dos últimos cinco anos (site TJ);
- Comprovante de escolaridade exigida para o cargo a ser exercido;
- Uma foto 3x4;
- Certidão de Nascimento ou Casamento/Contrato de União Estável (xérox);
- Certidão de Nascimento, RG e CPF dos filhos menores e cônjuge;
- Cartão de PIS/PASEP com data do cadastro (xérox – vide carteira de trabalho);
- Cópia da Carteira de Trabalho e Registro de Contratos; E **extratos de Contribuições INSS(Meu INSS**), para **tempo Anterior para servidor efetivo**.
- Cópia da carteira de Motorista (CNH) quando exigir o cargo;
- Comprovante de residência atualizado;
- Cópia da inscrição do Conselho Profissional se exigir o cargo;
- Número de Conta Bancária para fins de folha de pagamento no banco Sicoob após autorização de abertura de conta salário;
- Declaração de Renda e Bens Patrimoniais, juntamente com as rendas auferidas no ano de 2024/2025; ou cópia da declaração anual de bens apresentada à Receita Federal ano 2025;
- Declaração de Dependentes (conforme modelo em anexo) para todos os dependentes de IRRF e salário família);
- Declaração de encargos de família para fins de impostos de renda (modelo em anexo);

- Declaração de desincompatibilização (modelo anexo)
- Declaração de raça, cor, peso, altura, escolaridade, se doador ou não e se possui deficiência (modelo anexo);
- Declaração de não ter sofrido no exercício da função pública, penalidades disciplinares;
- Declaração de relação de parentesco com o Prefeito ou Vice, observando a Súmula vinculante nº 13 do STF;
- Declaração de Inexistência de outro Vínculo Empregatício; E, ou Declaração de Manutenção de Vínculo Empregatício com desconto Previdenciário;
- Declaração de Previdência Complementar.

- ***OBS: TODAS AS DECLARAÇÕES TÊM QUE SER PREENCHIDAS POR DIGITAÇÃO, NÃO SERÁ ACEITO COM O PREENCHIMENTO MANUAL.***

Art. 3º - A Contratação para o cargo obedecerá à ordem de classificação final dos candidatos habilitados, para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, sob o regime administrativo especial – Lei 410/2009, de 21 de dezembro de 2009.

§ 1º - A Contratação somente ocorrerá após análise dos documentos apresentados, podendo ser indeferida caso ocorra desatendimento as normas legais.

§ 2º - Só poderá ser empossado aquele que for julgado apto, física e mentalmente, para exercício do cargo, após apresentação dos seguintes exames ao médico indicado, conforme estabelece o decreto nº 1717/2009, de 30 de novembro de 2009 e no PPRA/PCMSO do Município de Novo Horizonte, os candidatados convocados deverão se dirigir a empresa **Sudomed, localizada na cidade de São Lourenço D'oeste, SC,** para a realização dos exames e atestados necessários.

§ 3º – Apresentação preenchidas de todas as Declarações do Anexo I deste Edital.

Art. 4º - Caso ocorra desistência ou não comparecimento no prazo marcado, ou o não atendimento da documentação exigida, será convocado imediatamente o próximo candidato na lista de classificação, devendo este obedecer aos termos do presente edital.
E, para que ninguém possa alegar desconhecimento ou ignorância, expediu-se o presente Edital que será publicado na forma da lei, para conhecimento de todos.

Novo Horizonte - SC, 11 de fevereiro de 2026.

NAUDIR JOSE CADORE:83856897968
Assinado de forma digital por NAUDIR JOSE CADORE:83856897968
Dados: 2026.02.11 11:04:02 -03'00'

NAUDIR JOSÉ CADORE
Prefeito Municipal

REGISTRE-SE
COMUNIQUE-SE

ANEXO I

AUTODECLARAÇÃO DE COR/RAÇA

Eu, **FULANO DE TAL**, abaixo assinado, de nacionalidade brasileira, nascido(a) em XX/XX/XXXX, no município de XXXX/SC, filho(a) de XXXXX e XXXXX, estado civil solteiro, residente e domiciliado(a) em, (endereço) CEP nº 89998-000, portador(a) do CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, declaro, sob as penas da lei que minha cor/raça é:

( ) Indígena ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda

Cor dos olhos Castanhos, Peso XX kg, Altura X,XX m, Tipo Sanguíneo X, Não Doador de órgão e tecidos.

Estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito(a) às sanções prescritas no Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.

Novo Horizonte/SC, XX de XX de 20XX

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS E OU FUNÇÕES.

Eu, **FULANO DE TAL**, brasileiro (a), residente e domiciliado (a) no município de Novo Horizonte – SC, portador (a) do CPF n° XXX.XXX.XXX-XX a ser nomeado para o cargo (efetivo ou comissionado) de XXXXXXXXX, **DECLARO** nos termos do artigo 37, inciso XVI, XVII § 10 da Constituição Federal, sob as penas previstas no artigo 299, do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta são expressão da verdade, pelas quais me responsabilizo.

1 - (x) **Não ocupar** outro cargo, emprego e/ou função pública, bem como não receber proventos das esferas Federal, Estadual ou Municipal, no âmbito da Administração Direta, Autárquica ou Funcional;

2 - **( ) Ser detentora** do cargo/emprego de:

Na esfera ( ) Federal ( ) Estadual **( ) Municipal**, com carga horária de:

3 - **( ) Haver** compatibilidade de horários entre o cargo/emprego em que já sou detentor (item anterior) e o presente cargo/emprego o qual pretendo cumular, perante o Município.

4 - ( ) **Receber** proventos de aposentadoria, por ter se inativado(a) no cargo, emprego e/ou função pública de:

Na esfera ( ) Federal INSS ( ) Estadual ( ) Municipal, com (carga horária) de _____ horas semanais.

Novo Horizonte - SC, XX de XXXX de 20XX.

NOME: **FULANO DE TAL**
CPF: XXX.XXX.XXX-XX

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Eu **FULANO DE TAL**, inscrito no CPF XXX.XXX.XXX-XX, declaro para os devidos fins e sob as penas da lei que atualmente NÃO POSSUO NENHUM OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO com instituição pública ou privada, e também não exerço atividade remunerada em outro local.

Comprometo-me a informar ao setor de RH- Recursos Humanos quando houver outro vínculo empregatício, para fins de cálculo do INSS em minha folha de pagamento.

Novo Horizonte-SC, em XX de XXXX de 20XX.

_____

FULANO DE TAL

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO DE MANUTENÇÃO DE MAIS DE UM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Eu _____, inscrito no CPF _____, declaro para os devidos fins e sob as penas da lei que possuo outros vínculos empregatícios.

Segue informações de ordem de precedência e das remunerações que foram ou serão tributadas em outras empresas que devem ser observadas para fins de desconto de minha contribuição ao INSS:

ORDEM RAZÃO SOCIAL CNPJ/CPF CATEGORIA REMUNERAÇÃO
1
2
...

A remuneração tributada em outras empresas atinge o limite máximo do Salário de Contribuição?
( ) Sim ( ) Não

Esta declaração é válida para o período de:
( ) Mensal competência: _____/_____
( ) Várias competências dentro do exercício (válido somente quando atinge limite máximo do salário-de-contribuição). Da competência _____/_____ *a competência* _____/_____.

Local e data: _____,_____/_____/_____

Nome Completo _____

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu **FULANO DE TAL,** declaro para os devidos fins que não possuo bens a declarar ate a presente data.

E, para que produza os jurídicos e legais efeitos, assino o presente.

Novo Horizonte - SC, em XX de XXXX de 20XX.

_____

FULANO DE TAL

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

INSTRUÇÃO NORMATIVA TCE/SC Nº 001/2006

Relação de bens

NOME: **FULANO DE TAL**

Identificação do Bem	Valor de aquisição	Valor At.
Veiculo xxxx,, ano xxxx- modelo xxxx placa xxxxxxx	xxxxxx	xxxxxx

Fontes de renda

Relação de cargos de direção e de órgão colegiado que a declarante exerça ou haja exercido nos últimos dois anos

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

_____

FULANO DE TAL

Novo Horizonte/SC XX de XXXX de 20XX

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Eu, **FULANO DE TAL,** brasileiro(a), solteiro(a), residente e domiciliado na cidade de XXXXXX-SC, para o fim de nomeação em cargo(efetivo ou comissionado) de XXXXX, declaro para os devidos fins que possuo como dependentes para fins de IRF:

CICLANO DE TAL, filho(a), nascido em XX/XX/XXXX – CPF Nº XXX.XXX.XXX-XX;

BELTRANO DE TAL, filho(a), nascido em XX/XX/XXXX – CPF Nº XXX.XXX.XXX-XX.

A presente declaração é a expressão da verdade pela qual me responsabilizo para todos os efeitos legais.

Novo Horizonte – SC em XX de XXXX de 20XX.

FULANO DE TAL

Declarante.

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

Eu, **FULANO DE TAL,** brasileiro(a), solteiro(a), residente e domiciliado(a) no endereço XXXXXX, do município de XXXXX-SC, declaro para os devidos fins que não possuo dependentes a declarar até a presente data.

A presente declaração é a expressão da verdade pela qual me responsabilizo para todos os efeitos legais.

Novo Horizonte – SC em XX de XXXX de 20XX.

FULANO DE TAL

Declarante

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

PARA A EMPRESA: PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE CNPJ: 95.990.115/0001-87
ENDEREÇO: RUA JOSE FABRO, Nº 01- CENTRO – NOVO HORUIZONTE-SC

Em obediência à legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhes que tenho como encargo de família, as pessoas abaixo relacionadas:

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGO DE FAMÍLIA

Nome Completo dos Dependentes	Tipo de Dependente	Data de Nascimento	CPF
XXXXXXXXXX	Filho(a)	XX/XX/XXXX	XXX.XXX.XXX-XX
XXXXXXXXXX	Filho(a)	XX/XX/XXXX	XXX.XXX.XXX-XX

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas - verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à empresa/órgão qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

DECLARANTE: FULANO DE TAL

ESTADO CIVIL: XXXXXX

CPF: XXX.XXX.XXX-XX

CIDADE: NOVO HORIZONTE-SC

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DATA: XX/XX/XXXX

Assinatura: _____

Ciente do Cônjuge: _____

O ciente do cônjuge é obrigatório no caso de dependentes em comum (IN RFB 1.500/14, §6º do art. 90)

Atenção: Sempre que houver alteração, esta declaração deve ser renovada

INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 1500, DE 29 DE OUTUBRO DE 2014

Art. 90. Podem ser considerados dependentes:

I - o cônjuge;

II - o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de 5 (cinco) anos, ou por período menor se da união resultou filho;

III - a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

IV - o menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

V - o irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 (vinte e um) anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

VI - os pais, os avós ou os bisavós, desde que não aufiram rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;

VII - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

§ 1º Podem ser consideradas dependentes, nos termos dos incisos III e V do caput, as seguintes pessoas:

I - que estejam cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º (segundo) grau, quando maiores até 24 (vinte e quatro) anos; ou

II - com deficiência, de qualquer idade, e capacitadas para o trabalho, desde que o valor de sua remuneração não exceda a soma das deduções da base de cálculo.

§ 2º Os dependentes comuns podem, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges.

§ 3º No caso de filhos de pais separados:

I - o contribuinte pode considerar, como dependentes, os que ficarem sob sua guarda em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente; e

II - havendo guarda compartilhada, cada filho(a) pode ser considerado como dependente de apenas um dos pais

§ 4º O responsável pelo pagamento a título de pensão alimentícia em face das normas do Direito de Família, quando em cumprimento de decisão judicial,

inclusive a prestação de alimentos provisionais, de acordo homologado judicialmente, ou de escritura pública, **não pode efetuar a dedução do valor correspondente a dependente**, exceto na hipótese de mudança na relação de dependência no decorrer do ano-calendário.

§ 5º É vedada a dedução concomitante de um mesmo dependente na determinação da base de cálculo de mais de um contribuinte, exceto nos casos de alteração na relação de dependência no ano-calendário.

§ 6º Para fins de desconto do imposto na fonte, os beneficiários devem informar à fonte pagadora os dependentes a serem utilizados na determinação da base de cálculo, **devendo a declaração ser firmada por ambos os cônjuges, no caso de dependentes comuns.**

§ 7º Na DAA pode ser considerado dependente aquele que, no decorrer do ano-calendário, tenha sido dependente do outro cônjuge para fins do imposto mensal, observado o disposto no § 5º.

§ 8º Para fins do disposto no inciso II do caput, considera-se também dependente o companheiro ou companheira de união homoafetiva.

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

Eu, **FULANO DE TAL,** declaro para os devidos fins e em conformidade com a Súmula vinculante nº 13 do STF, que **não possuo** grau de parentesco com o Prefeito Naudir José Cadore e Vice Prefeito Rogério Acácio Mascarello.

E, para que produza os jurídicos e legais efeitos, assino o presente.

Novo Horizonte – SC em XX de XXXXX 20XX.

FULANO DE TAL

Declarante

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO

Eu, **FULANO DE TAL, DECLARO**, para fins de nomeação em cargo (efetivo ou comissionado) de XXXXXXX**, NÃO TER** sofrido no exercício da função pública, penalidades disciplinares, incompatível com a investidura deste Cargo Público.

Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e por ele responderei, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Novo Horizonte, SC, em XX de XXXXX de 20XX.

FULANO DE TAL

Declarante

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Novo Horizonte/SC.
Rua José Fabro, 01 – Centro – CEP: 89.998-000
Fone: (49) 3362 0024 – e-mail – prefeitura@novohorizonte.sc.gov.br

DECLARAÇÃO PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

Eu, _____, brasileiro(a), nomeado como servidor publico efetivo em _____, residente e domiciliado neste município de _____, declaro para os devidos fins que faço opção em :

( ) Participar da Previdência Complementar do Município de Novo Horizonte;

( ) Não participar da Previdência Complementar do Município de Novo Horizonte.

Declaro que tomei conhecimento e estou ciente da participação contributiva para a Previdência Complementar conforme a Lei nº 635/2021 de 31/08/2021.

Novo Horizonte – SC em _____

Declarante