



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 002/2025.

O PREFEITO MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE, USANDO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE LHE SÃO INERENTES, CONSOANTES AS NORMAS CONSTANTES DO ESTATUTO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS, DA LEI Nº 410/2009, QUE DISCIPLINA A ADMISSÃO DE PESSOAL POR PRAZO DETERMINADO E OBSERVANDO O QUE DISPÕE O PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS.

CONVOCA:

Art. 1º - Ficam convocados os candidatos aprovados no Processo Seletivo Nº 001/2024, realizado para esta Municipalidade para comparecer perante a Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Esportes de Novo Horizonte, situada à Rua Jose Fabro nº 01 - centro, nesta cidade, **no dia 04 de fevereiro de 2025 às 8h:30min, 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 **10 de fevereiro de 2025**:**

VAGAS:

CARGO/ FUNÇÃO	NOME DO CANDIDATO	CARGA HORAL SEMANAL	LOTAÇÃO
PROFESSOR HABILITADO EM ENSINO RELIGIOSO	MARCIAC. BORGES PIANTA	20HS	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
PROFESSOR HABILITADO DA EDUCAÇÃO ANOS INICIAIS	REJANE BRAZZO SANTIN	20HS	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

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 neste mesmo dia, deverão protocolar os documentos abaixo relacionados, junto aos Setores de RH (Recursos Humanos) até o dia 06/02/2025, 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 Contratec**);
- Cédula de Identidade (xérox);
- CPF (xérox);
- Título de eleitor (xérox);
- Comprovante da quitação eleitoral e Gozo dos Direitos Políticos;
- Comprovante de quitação com as obrigações Militares se for o caso;
- Certidão de Antecedentes Criminais dos últimos cinco anos;
- Comprovante de escolaridade exigida para o exercício da função (habilitação legal/ curso técnico em agropecuária);
- 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.
- Cópia da carteira de Motorista (CNH) quando exigir o cargo;
- Comprovante de residência;
- Cópia da qualificação cadastral para E-social:



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

<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial>

- 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 2023/2024; ou cópia da declaração anual de bens apresentada à Receita Federal ano 2023;
- Declaração de Dependentes (conforme modelo em anexo);
- 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;
- **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 **Contratec** 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, 28 de janeiro de 2025.

NAUDIR JOSÉ CADORE
Prefeito Municipal

REGISTRE-SE
COMUNIQUE-SE



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

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 nº 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 - () **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 xxxxxxxx	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

FULANO DE TAL

Novo Horizonte/SC XX de XXXX 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 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

DATA: XX/XX/XXXX

Assinatura: _____

Ciente do Cônjuge: _____



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

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 auferam 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.



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

§ 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 possui** 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 XXXXXX, **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