



MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA DE ITAIPU

CNPJ n.º 75.425.314/0001-35

ESTADO DO PARANÁ

EDITAL DE CONVOCAÇÃO N.º 003/2025

CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2022

EDITAL DE ABERTURA N.º 01/2022

O Município de Santa Terezinha de Itaipu, Estado do Paraná, por seu representante legal, **CONVOCA**, em única chamada o candidato aprovado e classificado no Processo de Concurso Público n.º 001/2022, para que se apresente no Departamento de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas, do Município de Santa Terezinha de Itaipu, munido da documentação especificada no Edital de Abertura n.º 01/2022, a fim de iniciar o processo de contratação e provimento de vaga.

Cargo: TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Convocação PCD	Nome
1º	FABIO GOMES DE SOUZA

O Candidato deverá apresentar a documentação em **envelope devidamente lacrado e protocolado no Protocolo Geral do Município**, localizado no Paço Municipal 03 de Maio, situado à Rua João XXIII, 144, Centro, neste Município e Estado, **das 08h às 12h e das 13h30 às 15h30**, no período de **05 a 19 de fevereiro de 2025**, que deverá ser endereçado ao Departamento de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas, contendo os seguintes documentos e/ou requisitos:

Ser brasileiro nato ou naturalizado
Ter idade mínima de 18 (dezoito) anos completos na data da nomeação
Cópia autenticada em cartório da Carteira de Identidade
Cópia autenticada em cartório do Título de Eleitor e comprovante de votação na última eleição (www.tse.jus.br), se à época já possuía 18 (dezoito) anos
Cópia autenticada em cartório do CPF ou comprovante emitido no site da Receita Federal
Cópia autenticada em cartório do Certificado de Reservista, ou documento equivalente, ou ainda dispensa de incorporação (se do sexo masculino)
Cópia autenticada em cartório da Certidão de nascimento ou casamento
Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS
Cópia do Cartão de Cadastramento do PIS/PASEP (se tiver)
Uma fotografia, tamanho 3x4 recente, colorida
Cópia autenticada em cartório do diploma e/ou certificado de conclusão do curso, devidamente registrado que comprove a escolaridade exigida para o cargo/categoria profissional/especialidade conforme constante no Edital de Concurso Público n.º 001/2022
Declaração de Bens e valores que integram o patrimônio privado, que poderá ser substituída pela Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física, conforme prevê a Portaria n.º 232/2020, deste Município. (Formulário Anexo).
Apresentar Declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública e sobre recebimento de provento decorrente de aposentadoria e pensão. (Formulário Anexo)
Declaração de horário de trabalho, se possuir outro vínculo empregatício, para demonstração de compatibilidade com o horário disponível e de interesse da Administração Municipal
Declaração pessoal de possuir disponibilidade para desempenhar atividades em jornadas de trabalho fora do expediente normal, em dias considerados feriados e folgas, para conclusão de trabalhos inadiáveis
Declaração, se participa de gerência ou administração de empresa privada ou se exerce comércio, para fins de compatibilização para exercício do cargo, nos termos da lei.



MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA DE ITAIPU

CNPJ n.º 75.425.314/0001-35

ESTADO DO PARANÁ

Declaração negativa de antecedentes criminais para fins gerais (pode ser solicitada através dos e-mails tabelionato@distribuidorfoz.com.br e certidao@distribuidorfoz.com.br
Apresentar declaração do órgão público a que esteja ou tenha sido vinculado, em qualquer tempo, informando que o candidato tem ou tinha situação jurídica compatível com nova investidura em emprego público, inclusive cargo em comissão, nem sofrido penalidades por prática de atos desabonadores no exercício de função pública
Submeter-se a exame de aptidão física e mental, de caráter eliminatório, com o objetivo de aferir se as condições do candidato são adequadas ao exercício das atividades inerentes ao emprego (agendamento será realizado pelo Departamento de Recursos Humanos e Gestão de Pessoas)
Os candidatos ao cargo de Motorista deverão apresentar exame toxicológico, com data de validade não superior a 90 (noventa) dias, de acordo com a regulamentação federal.
Para os cargos onde é exigida experiência profissional, a comprovação será feita através de cópia da CTPS ou declaração expedida por órgão público, acompanhada de cópia do ato de nomeação, onde tenha exercido cargo ou função pública
Para cargos com obrigatoriedade de inscrição em conselho de classe, a comprovação de experiência poderá ser comprovada com o registro no respectivo conselho de classe com data não inferior há 6 meses da data da posse.
Cópia do comprovante de residência (atualizado)
Atestado de Regularidade Vacinal
Fotocópia da Certidão de Nascimento, RG e CPF dos filhos menores de 14 (quatorze) anos
Atestado de Regularidade Vacinal dos filhos menores de 14 (quatorze) anos
Declaração escolar dos filhos menores de 14 (quatorze) anos e/ou dependentes de Imposto de Renda ou Salário Família
Preencher o Termo de Responsabilidade para concessão de salário família, se possuir filhos menores de 14 (quatorze) anos (Formulário Anexo)
Declaração de dependentes para Imposto de Renda (Formulário Anexo)
Possuir Conta Corrente no Banco Itaú
Qualificação Cadastral para o ESOCIAL

As cópias de documentos que não exigem autenticação em cartório deverão ser acompanhadas dos originais dos mesmos para autenticação por servidor público do Departamento de Recurso Humanos e Gestão de Pessoas, do Município de Santa Terezinha de Itaipu.

A não comprovação de aptidão física e mental e da documentação listada neste edital, implicará na eliminação do candidato no concurso público.

A não apresentação da documentação no **prazo de 15 (quinze) dias** implicará na reclassificação do candidato para o final da lista de aprovados, e em caso de reincidência, perderá o aprovado todos os direitos relativos à nomeação para o cargo público.

Santa Terezinha de Itaipu, 04 de fevereiro de 2025.

Diego Lucas Welter
Secretário Municipal de Administração



MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA DE ITAIPU

CNPJ n.º 75.425.314/0001-35

ESTADO DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

☐ NOMEAÇÃO ☐ EXONERAÇÃO/DEMISSÃO ☐ APOSENTADORIA ☐ ATUALIZAÇÃO ANUAL

Nome:	
RG n.º:	CPF n.º:
Cargo:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE (Que Possui bens e valores)	
Nome:	
RG n.º:	CPF n.º:
Grau de Dependência:	

Pelo presente instrumento e atendendo a legislação em vigor, **DECLARO**:

- () Não Possuo bens e valores a declarar;
() Possuo bens e valores, conforme Declaração de Imposto de Renda em anexo;
() Possuo bens e valores conforme relacionados abaixo;

RELAÇÃO DE BENS E VALORES				
Item	Discriminação	Data de Aquisição	Valor de Aquisição	Valor Atual

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e autorizo a Administração a proceder a guarda das informações constantes neste formulário, bem como das informações anuais posteriores que atualizarão a presente, resguardando o sigilo destas.

Local e Data: _____, em ____/____/____.

Assinatura



MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA DE ITAIPU

CNPJ n.º 75.425.314/0001-35

ESTADO DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO

NOME		CARGO
NÚMERO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE	NÚMERO DO CPF	

DECLARO PARA OS FINS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS QUE:

☐ NÃO EXERÇO CARGO PÚBLICO NAS ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL;

☐ EXERÇO CARGO PÚBLICO DE _____

INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CARGO PÚBLICO EXERCIDO

☐ ESFERA MUNICIPAL ☐ ESFERA ESTADUAL ☐ ESFERA FEDERAL		ESTADO/MUNICÍPIO
CADASTRO/MATRÍCULA	NOME DA INSTITUIÇÃO	CARGO OCUPADO
DATA DE ADMISSÃO	REGIME DE TRABALHO ☐ CELETISTA ☐ ESTATUTÁRIO ☐ OUTRO	CARGA HORÁRIA SEMANAL

☐ NÃO POSSUO BENEFÍCIO RELATIVO A CARGO PÚBLICO (APOSENTADORIA)

☐ POSSUO BENEFÍCIO RELATIVO A CARGO PÚBLICO (APOSENTADORIA)

INFORMAÇÕES RELATIVAS AO BENEFÍCIO

DATA DA CONCESSÃO	PROVENIENTE DE ☐ REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ☐ REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL	CARGA HORÁRIA
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES		
DATA	ASSINATURA	



MUNICÍPIO DE SANTA TEREZINHA DE ITAIPU
CNPJ n.º 75.425.314/0001-35
ESTADO DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA

NOME		CARGO
NÚMERO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE	NÚMERO DO CPF	

DECLARO PARA OS FINS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS QUE:

☐ NÃO POSSUO DEPENDENTES PARA FINS DE CÁLCULO DE IMPOSTO DE RENDA

☐ POSSUO DEPENDENTES PARA FINS DE CÁLCULO DE IMPOSTO DE RENDA

IDENTIFICAÇÃO DOS DEPENDENTES:

NOME DO DEPENDENTE	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	

DATA	ASSINATURA



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(CONCESSÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA - PORTARIA Nº. MPAS - 3.040/82)

EMPRESA _____ Nº. DO CNPJ _____

NOME DO SEGURADO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE _____ CPF _____

BENEFICIÁRIOS

NOME DO FILHO

DATA DE NASCIMENTO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinem a perda do direito ao salário-família:

- ÓBITO DO FILHO;
 - CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO;
 - SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO DE OUTREM
- (Casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias devidas, sujeitar-me-á às penalidades previstas no artigo 171, do Código Penal e à demissão do cargo, nos termos do artigo 188, da Lei Complementar nº 22/94, de 22 de fevereiro de 1994.

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA _____

Impressão Digital