

EDITAL Nº 068/2021, DE 27 DE SETEMBRO DE 2021

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 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 a candidata classificada;

Considerando o Concurso Público realizado de acordo com o Edital nº 005/2021/SAÚDE, de 22 de janeiro de 2021 e homologado através do Edital nº 049/2021, de 13 de julho de 2021;

Considerando a vacância de cargo público mediante a Portaria nº 3042/2021, de 27 de setembro de 2021;

Considerando a Portaria nº 3043/2021, de 27 de setembro de 2021;

Art. 1º - A candidata relacionada no Anexo I deste edital deverá 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 pela candidata.

Os documentos constantes do Anexo II (Formulário de exames médicos e Parecer) deverão ser impressos e entregues na Coordenadoria de Engenharia de Segurança do Trabalho no momento do exame admissional, que deverá ser agendado previamente nos fones (55) 3921-7086 e (55) 99167-8524, conforme disponibilidade da agenda da Médica do Trabalho, sendo de total responsabilidade da candidata 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.

O atendimento presencial deverá ser agendado com a Coordenadoria de Atos de RH, após o Exame Médico Admissional, 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 (055) 3921 7017

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. 1 fotos 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. CPF dos dependentes e do cônjuge, se houver.

Art. 2º - O prazo para entrar em contato é de até quinze dias, a partir de **28 de setembro de 2021**.

JORGE CLADISTONE POZZOBOM

Fazem parte do presente edital:

- Anexo I – Relação nominal dos convocados;
- Anexo II – Decreto Executivo nº 176, de 27 de novembro de 2019;
- Anexo III – Formulário de Exame Médico;
- Anexo IV – Declaração de Acúmulo de Cargo Público;
- Anexo V – Declaração de Bens (para os candidatos que não declaram Imposto de Renda);
- Anexo VI – Solicitação de Auxílio Transporte;
- Anexo VII – Declaração de Residência;
- Anexo VIII – Prorrogação para a posse;
- Anexo IX – Termo de desistência de nomeação.
- Anexo X – Declaração De Dados Bancários

ANEXO I

MÉDICO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

| <i>CLASSIFICAÇÃO</i> | <i>CANDIDATO</i> |
|----------------------|---|
| 4º | DAIANE MARQUES DOS SANTOS TRINDADE GUEDES |

ANEXO II – Decreto Executivo nº 176, de 27 de novembro de 2019

Normatiza e estabelece procedimentos para os exames admissionais.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA, no uso das atribuições que lhe são conferidas em Lei,

DECRETA:

Art. 1º O candidato nomeado para ocupar cargo de provimento efetivo, deverá realizar, às suas expensas, e apresentar, junto ao Setor de Medicina do Trabalho do Município, vinculado à Coordenadoria de Engenharia de Segurança do Trabalho e atenção à Saúde do Servidor - CENTRAS, os resultados originais dos exames laboratoriais obrigatórios a seguir definidos, no momento da inspeção médica pré-admissional ao cargo pleiteado, a fim de comprovar o atendimento ao requisito inciso IV do art. 9º da Lei Municipal nº 3326, de 4 de junho de 1991:

- I - hemograma completo;
- II - bioquímica de sangue: glicemia de jejum, ureia, creatinina, colesterol total e frações, ácido úrico, triglicerídeos, TGO, TGP, Gama GT;
- III - PSA - somente para os candidatos do sexo masculino a partir dos 45 anos;
- IV - EAS;
- V - exame comum de urina;
- VI - sorologia (Lues ou VDRL, Doença de Chagas, Hepatite B (HBsAg, Anti-HBc IgM, AbeAg, Anti-Hbe e Anti-HBs), Hepatite C (Anti-HCV);
- VII - comprovante de Anatoxi-tetânico;
- VIII - teste ergométrico/Esteira (para candidatos com 40 anos ou mais);
- IX - raio X de coluna lombo-sacra e cervical;
- X - exame de papanicolau (mulheres);
- XI - exame de mamografia (mulheres acima de 40 anos).

§ 1º Os exames descritos no inciso VI devem ser realizados, exclusivamente, pelos servidores nomeados na Secretaria de Município da Saúde.

§ 2º Os exames descritos no inciso IX devem ser realizados, exclusivamente, pelos servidores nomeados para os cargos do Grupo Operacional, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de Serviços Gerais I e II, Auxiliar de Serviços Gerais Escolares e Motoristas de Automóveis e Utilitários.

Art. 2º O exame médico pré-admissional será realizado pela Medicina do Trabalho do Município e será composto de:

- I - avaliação médica clínica;
- II - avaliação dos exames laboratoriais obrigatórios constantes neste artigo;
- III - avaliação de exames complementares - testes psicológicos e/ou pareceres de especialistas, nos termos do art. 2º deste Decreto Executivo;
- IV - a situação de saúde dos candidatos, considerando diagnósticos e patologias progressas,

que poderá estar sujeita a avaliação do prontuário registrado via sistemas de informação de meio físico ou virtual, mediante autorização.

§ 1º O candidato que apresentar patologia que possa vir a resultar em prejuízo à sua saúde e prejuízo à sua capacidade para o exercício das atribuições do cargo pretendido será considerado inapto.

§ 2º O exame médico pré-admissional tem por objetivo avaliar o estado de saúde físico e mental do candidato que deverá apresentar capacidade laborativa compatível com as atribuições do cargo ou função a ser exercida.

§ 3º Os exames descritos neste artigo somente serão aceitos quando realizados no prazo máximo de até 90 (noventa) dias anteriores à data do exame médico pré-admissional.

§ 4º Não serão aceitos resultados de exames e de teste emitidos via internet, por fax ou fotocopiados.

§ 5º A falsidade ou fraude ocorridas na comprovação dos exames pré-admissionais implicará:

I - declaração de inaptidão na inspeção médica;

II - declaração de nulidade da nomeação;

III - medidas penais cabíveis.

§ 6º As fotocópias dos exames apresentados no exame pré-admissional permanecerá no Setor de Medicina do Trabalho, independentemente do candidato ser admitido ou não.

Art. 3º A Medicina do Trabalho poderá solicitar exames complementares que podem ser desde testes psicológicos e/ou laudos de especialistas e outros que julgar necessários para a conclusão da inspeção médica, considerando a natureza do trabalho a ser desempenhado.

Art. 4º Fica dispensado dos exames laboratoriais e complementares:

I - o servidor em atividade, quando nomeado para cargo que exija as mesmas condições de saúde do cargo, emprego ou função que estiver exercendo, inclusive nas hipóteses de acumulação permitidas por lei, desde que não tenham obtido Licença Médica dentro do período de 6 (seis) meses anteriores à realização do exame médico pré-admissional;

II - o servidor em geral, quando nomeados para cargos de provimento em comissão;

III - o servidor que for contratado emergencialmente.

Art. 5º Em todos os exames laboratoriais e complementares, além do nome completo do candidato, deverá constar obrigatoriamente a assinatura, a especialidade e o registro no órgão de classe específico do profissional responsável - CRM.

Parágrafo único. Os exames que não apresentarem as informações determinadas no caput deste artigo ou que apresentarem omissão de qualquer das informações não serão considerados autênticos, podendo o candidato sofrer as penalidades constantes no § 6º do art. 1º deste Decreto Executivo.

Art. 6º O exame médico pré-admissional dos candidatos com deficiência física serão realizados de acordo com a legislação pertinente, aplicando-se, no que couber, as disposições deste Decreto Executivo.

Art. 7º O exame médico pré-admissional será realizado por profissional de saúde da Medicina do Trabalho do Município, que deverá fazer registro:

I - quando for solicitado ao candidato a realização de outros exames laboratoriais e complementares os quais deverão ser apresentados no prazo previsto para a posse;
II - quando da análise dos exames clínicos, dos exames laboratoriais obrigatórios, bem como, dos exames complementares, for evidenciada alguma alteração que deverá ser classificada em:

- a. compatível ou não com o cargo pleiteado;
- b. potencializada com as atividades a serem desenvolvidas;
- c. determinante de frequentes ausências;
- d. capaz de gerar atos inseguros que venham a colocar em risco a segurança do candidato ou de outra pessoa;
- e. potencialmente incapacitante em curso prazo.

III - evidenciadas quaisquer alterações descritas no inciso II, o candidato poderá ser considerado inapto permanente.

Art. 8º Este Decreto Executivo entra em vigor na data de sua publicação.

Casa Civil, em Santa Maria, aos 27 dias do mês de novembro de 2019.

ANEXO III

FORMULÁRIO DE EXAME MÉDICO

Pelo presente, apresentamos a Vossa Senhoria o(a) candidato(a) abaixo relacionado, para ser submetido(a) a Exame Médico Admissional.

Nome:

Data de Nascimento:

Cargo:

Edital de Convocação:

De acordo com o Decreto Executivo nº 176, de 27 de novembro de 2019, o candidato nomeado para ocupar cargo de provimento efetivo, deverá realizar, às suas expensas, e apresentar, junto ao Setor de Medicina do Trabalho do Município, vinculado à Coordenadoria de Engenharia de Segurança do Trabalho e atenção à Saúde do Servidor - CENTRAS, os resultados originais dos exames laboratoriais obrigatórios a seguir definidos, no momento da inspeção médica pré-admissional ao cargo pleiteado e, quando for solicitado ao candidato a realização de outros exames laboratoriais e complementares, deverão ser apresentados no prazo previsto para a posse, a fim de comprovar o atendimento ao requisito inciso IV do art. 9º da Lei Municipal nº 3326, de 4 de junho de 1991:

Comum a todos os candidatos:

| | Entregue | Pendente |
|------------------------------------|----------|----------|
| Hemograma completo | | |
| Glicemia jejum 8 horas | | |
| Uréia | | |
| Creatinina | | |
| Colesterol total | | |
| HDL e LDL colesterol | | |
| ácido úrico, | | |
| Triglicerídios | | |
| TGO (AST) TGP (ALT) | | |
| Gama GT | | |
| Exame Comum de Urina | | |
| Comprovante da vacina antitetânica | | |

Para candidatos com 40 anos ou mais:

| | Entregue | Pendente | Não se enquadra |
|---------------------------|----------|----------|-----------------|
| Teste ergométrico/Esteira | | | |

Para candidatos do sexo masculino **a partir dos 45 anos;**

| | Entregue | Pendente | Não se enquadra |
|-----|----------|----------|-----------------|
| PSA | | | |

Para candidatos do sexo feminino

| | Entregue | Pendente | Não se enquadra |
|----------------------|----------|----------|-----------------|
| Exame de Papanicolau | | | |

Para candidatos do sexo feminino **a partir dos 40 anos;**

| | Entregue | Pendente | Não se enquadra |
|---------------------|----------|----------|-----------------|
| Exame de Mamografia | | | |

Candidatos nomeados para CARGOS da Secretaria de Município da Saúde:

| | Entregue | Pendente | Não se enquadra |
|--|----------|----------|-----------------|
| Sorologia Lues ou VDRL | | | |
| Sorologia para Doença de Chagas | | | |
| Hepatite B (HBsAg, Anti-HBc IgM, AbeAg, Anti-Hbe e Anti-HBs) | | | |
| Hepatite C (Anti-HCV) | | | |

Para candidatos nomeados para os cargos do Grupo Operacional: Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de Serviços Gerais I e II, Auxiliar de Serviços Gerais Escolares e Motoristas de Automóveis e Utilitários.

| | Entregue | Pendente | Não se enquadra |
|---|----------|----------|-----------------|
| Raio X de coluna lombo-sacra e cervical; ambos devem ser feitos PA e Perfil | | | |

Foi solicitado ao candidato a realização de outros exames laboratoriais e complementares os quais deverão ser apresentados no prazo previsto para a posse: () sim
() não

Orientações Gerais:

Os exames somente serão aceitos quando realizados no prazo máximo de **até 90 (noventa) dias** anteriores à data do exame médico pré-admissional. As fotocópias dos exames apresentados no exame pré-admissional permanecerão no Setor de Medicina do Trabalho, independentemente do candidato ser admitido ou não.

Conforme o Art. 4º: Fica dispensado dos exames laboratoriais e complementares:

- I - o servidor em atividade, quando nomeado para cargo que exija as mesmas condições de saúde do cargo, emprego ou função que estiver exercendo, inclusive nas hipóteses de acumulação permitidas por lei, desde que não tenham obtido Licença Médica dentro do período de 6 (seis) meses anteriores à realização do exame médico pré-admissional;
- II - o servidor em geral, quando nomeado para cargos de provimento em comissão;
- III - o servidor que for contratado emergencialmente.

Conforme o Art. 5º: Em todos os exames laboratoriais e complementares, além do nome completo do candidato, deverá constar obrigatoriamente a assinatura, a especialidade e o registro no órgão de classe específico do profissional responsável – CRM.

Servidor Responsável

PARECER:

Referente ao(à) candidato(a) _____:

() CANDIDATO APTO

Declaro que o(a) candidato(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) o(a) candidato(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 – CENTRAS

EXAME MÉDICO – 3921 1086 ou 99167 8524 (WhatsApp)

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

ANEXO IV
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 V – 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: | | |

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.

4. RENDIMENTOS RECEBIDOS DE PESSOAS JURÍDICAS PELOS DEPENDENTES

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 SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO R\$
 ALIENAÇÃO (informar destinatários com CPF),
 QUANDO FOR O CASO

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 SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO – R\$ com CPF), QUANDO FOR O CASO | | | | |
| 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 VI

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 VII

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 VIII – 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 _____, de _____ de _____ de 20____, e homologado através do Edital nº _____, de _____ de _____ de 20____, para o cargo de _____, ato de convocação publicado no Edital nº _____/SAGP, 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 20____.

Santa Maria, _____ de _____ de 20____.

Requerente

ANEXO IX

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 _____, de ____ de _____ de 20____, e convocado(a) através do Edital nº _____, de ____ de _____ de 20____, 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 X

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

Santa Maria, _____ de _____ de 2021

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,

Assinatura