MUNICÍPIO DE CAPIVARI DE BAIXO
EDITAL DE CONVOCAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO Nº 003/2025

Município de Capivari de Baixo, por meio da Secretária Municipal de Saúde de Capivari de Baixo, no uso de suas atribuições, nos termos do Decreto n. 2.136/2025 e tendo em vista o disposto no inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, da Lei Complementar nº 1.439/2012;

Considerando a homologação do Processo Seletivo nº 003/2025, pelo Decreto n. 2.113/2025, de 15 de outubro de 2025, destinado ao provimento de vagas temporárias no quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde;

RESOLVE:

I – CONVOCAR a candidata aprovada e classificada para assumir vaga temporária em substituição à servidor efetivo. Conforme tabela abaixo:

NOME	CARGO	CARGA HORÁRIA
HUANDRA CARLA MARCELINO	ENFERMEIRO	40 HORAS

II – ESTABELECER, nos termos do Edital do Processo Seletivo Edital n.º 003/2025 e do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, da Lei Complementar nº 1439/2012.

1. DA INVESTIDURA DO CANDIDATO:

1.1. O convocado à partir da presente convocação terá o prazo de até 48 horas para apresentar os seguintes documentos:

a) Carteira de Identidade;
b) CPF;
c) Título Eleitoral;
d) Carteira Nacional de Habilitação – CNH, com a categoria mínima exigida ao cargo (se o cargo requerer);
e) Comprovante de Quitação Eleitoral (https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral);
f) Carteira de Reservista (sexo masculino);
g) Certidão de Nascimento ou Casamento;
h) Certidão de Nascimento dos Filhos menores de 18 anos;
i) RG / CPF dos filhos menores de 18 anos;
j) Carteira de Trabalho;
k) PIS/PASEP Ativo;
l) Comprovante de Residência (fatura de água, luz ou telefone atualizado);
m) Diploma de Formação (de acordo com o requisito do cargo);
n) Registro no Conselho Regional da Classe (se o cargo requerer);
o) Demais comprovantes de requisitos mínimos para a contratação, identificados na Tabela de Cargos, Vagas, Carga horária, Vencimentos e Requisitos Mínimos, nos itens 2.2 e 2.3 deste edital, quando o cargo requerer;

p) Certidão Negativa de Débitos emitida pelo Conselho Regional da Classe (se o cargo requerer);
q) Declaração Completa do Imposto de Renda (DIRPF) ou, caso não tenha declarado o IR, preencher a Declaração de Bens no RH;
r) Certidão Negativa de Antecedentes Criminais (1º Grau e 2º Grau) – Justiça Federal
s) Certidão Negativa de Antecedentes Criminais – Justiça Estadual
t) Certidão Negativa de Antecedentes Criminais – Justiça Eleitoral
u) Situação cadastral no CPF
v) Declaração do local de trabalho quando possuir outro vínculo empregatício com informação da carga horária semanal;
w) Declaração quanto ao recebimento de provento de aposentadoria decorrente do exercício de cargo, emprego ou função pública.
x) Declaração quanto à participação de gerência ou administração de empresa privada ou se exerce comércio;
y) 01 (uma) foto 3x4 recente;
z) Telefones e e-mail para contato;
aa) Atestado de Saúde Ocupacional;
bb) Declaração negativa de acumulação de cargos públicos ou de condição de acumulação amparada pela Constituição (Preenchida no RH);
cc) Declaração de não ter sofrido no exercício de função pública, as penalidades previstas no Título XI da Parte Especial do Código Penal Brasileiro, na Lei nº 7.492, de 16 de junho de 1986, e na Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992 (Preenchida no RH);
dd) Declaração de dependentes para abatimento do IRRF; (Preenchida no RH);
ee) Conta bancária para recebimento dos proventos (Encaminhado pelo RH);
ff) Os candidatos PcD convocados, deverão ser avaliados por Junta Médica contratada pelo município, apresentando toda a documentação médica pertinente da sua condição de PcD (laudos, atestados médicos, entre outros);

1.2 O candidato convocado que não optar por uma das vagas oferecidas poderá ficar para o final classificação, uma única vez, manifestando-se expressamente, conforme requerimento de reclassificação em anexo.

2. OBSERVAÇÕES:

2.1. É de responsabilidade do candidato, manter seus dados de contato atualizados junto à Gerência de Recursos Humanos.
2.2. Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas através do telefone (48) 99209-0942.

Este Edital entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Capivari de Baixo/SC, 02 de Junho de 2026.

ALINE PEREIRA DE SOUSA:07572655963 Assinado de forma digital por ALINE PEREIRA DE SOUSA:07572655963 Dados: 2026.06.02 10:21:48 -03'00'

Aline Pereira de Sousa
Secretária de Saúde