



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

EDITAL Nº. 002/2020

CONVOCAÇÃO PARA ANUÊNCIA DO CONCURSO PÚBLICO Nº. 001/2018

O Prefeito Constitucional do Município de Santa Cruz, Estado da Paraíba, através da Secretaria Municipal de Administração, convoca os candidatos habilitados no Concurso Público para os cargos abaixo relacionados, para preenchimento das vagas do Quadro Permanente do Poder Executivo, a comparecer em data e local mencionado a fim de manifestar interesse pela vaga oferecida.

O candidato deverá comparecer na Gerência de Recursos Humanos, da Secretaria Municipal da Administração munido dos **originais e cópias autenticadas** (nos termos da Lei Nº. 13.726/2018, art. 3º, II) dos seguintes documentos:

1. Duas (02) fotografias tamanho 3x4 recente;
2. Carteira de identidade (RG);
3. CPF (apresentar comprovante de situação regular);
4. Título de eleitor;
5. Carteira de trabalho - CTPS (frente e verso) e o último contrato de trabalho;
6. Comprovante de inscrição no cadastro do PIS ou PASEP (caso possuir);
7. Certidão de casamento ou nascimento (se for solteiro);
8. Comprovante de residência atual (últimos três meses - água, luz, telefone, etc);
9. Certidão de nascimento do(s) filho(s), junto com o cartão de vacina (p/crianças de 01 mês a 05 anos);
10. Certidão de nascimento do(s) filho(s), entre 06 a 14 anos, com declaração da matrícula escolar;
11. Certidão de quitação eleitoral (expedida pelo Tribunal Regional Eleitoral - TRE);
12. Certidão de antecedentes criminais eleitorais (cartório Eleitoral do Estado votante);
13. Certificado de dispensa de incorporação - CDI ou Certificado de Alistamento Militar-CAM (p/ homem);
14. Certidão negativa de antecedentes cíveis e criminais da Justiça Estadual e Federal (expedida pelo Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba e Justiça Federal);
15. Comprovação de Curso Específico na área.
16. Declaração de aptidão física e mental,
17. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na categorias D (art. 145, do CTB);
18. Comprovação do Nível de Escolaridade exigido para o exercício do cargo concorrido (certificado ou diploma)
19. **Quando exigido para o cargo**, comprovante de habilitação em Órgão Profissional e/ou cópia da carteira de registro nos conselhos devidamente acompanhada de certidão de situação de regularidade;
20. Relação de exames médicos (anexo I);
- 21.1 Declaração de **NÃO ACUMULAÇÃO** de cargo público, emprego, função pública ou proventos (modelo em anexo);
- 21.2.1 Declaração de **ACUMULAÇÃO** de cargo público, emprego, função pública ou proventos (modelo em anexo);
- 21.2.2 Detalhamento da declaração de acúmulo de cargos, funções ou empregos públicos (modelo em anexo);
22. Declaração de relação de parentesco (modelo em anexo);
23. Termo de interesse no cargo (modelo em anexo);
24. Declaração de bens (modelo em anexo), podendo ser substituída pela declaração de imposto de renda;
25. Número da agência e conta-corrente do Caixa Econômica Federal (será exigida, após o deferimento da documentação apresentada, conforme modelo que será fornecido pela Secretaria de Administração);
26. Certificado de Especialização na área (para o cargo que exigir).
27. Declaração específica da Junta Comercial do Estado da Paraíba, comprovando a inexistência de participação do candidato, em sociedade de natureza comercial, como Gerente ou Administrador.

OBS.: Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documentação, constante acima, acarretará o não cumprimento das exigências prevista no Edital do Concurso Público Nº. 001/2018 e seus aditivos, como também neste Edital de Convocação Nº. 002/2020.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

1.1 Convocação Para Anuência em Provimento de Cargo Efetivo

PERÍODO: 28 de setembro à 23 de outubro de 2020 (*segunda-feira a sexta-feira*)
HORÁRIO: das 08:00h às 11:00h (**através de agendamento prévio**)
LOCAL: Sede da Prefeitura Municipal de Santa Cruz
Secretaria de Administração – Gerência de Recursos Humanos
Avenida Professor Nestor Antunes de Oliveira, 165, Centro, CEP.: 58.824-000
Telefone: (83) 9.8123-2323 | Santa Cruz – PB
| www.santacruz.pb.gov.br | administracao@santacruz.pb.gov.br

1.1.1 O atendimento será realizado por ordem de chegada dos candidatos, onde serão distribuídas senhas numeradas à capacidade de atendimento da Secretaria de Administração. Quando informado, os casos de atendimento preferencial e prioritário serão distribuídas senhas especiais.

1.1.2 O não comparecimento nos termos do presente edital implicará na renúncia tácita do convocado e, conseqüentemente na perda do direito à nomeação ao cargo para qual o candidato foi aprovado.

1.1.3 Os candidatos deverão apresentar os exames constantes do **ANEXO I**, item 20 do presente Edital, devidamente acompanhado de atestado de saúde física e mental realizado por Médico do Trabalho, munidos dos exames clínicos constantes do referido anexo, sob pena de **RENÚNCIA TÁCITA DE DIREITOS**, ficando o Município de Santa Cruz devidamente autorizado a convocar outros classificados e aprovados no referido Concurso Público – Edital Nº. 001/2018, em sua substituição, obedecendo à ordem legal de classificação.

1.1.4. Cumpridas as exigências constantes neste Edital, o candidato receberá instruções da Secretaria Municipal de Administração, através do site www.santacruz.pb.gov.br, sobre o ato de nomeação.

1.1.5 Da data da posse (*será publicado no site do Município*), o candidato terá o **prazo de 01 (um) dia útil** para apresentar-se no seu local de trabalho, conforme portaria de nomeação, devendo o servidor iniciar suas atividades funcionais imediatamente a sua apresentação, que será atendida pelo Secretário Municipal e/ou Gerente da repartição à qual ficará subordinado.

1.1.6 Atendendo as recomendações previstas no Decreto Municipal Nº. 439/2020 e suas alterações, os candidatos devem observar o cumprimento pleno e irrestrito de todas as recomendações de prevenção e controle para o enfrentamento da COVID-19 expedidas pelas autoridades sanitárias competentes, devendo comparecer ao local para apresentação da documentação e receber o termo de posse e portaria, portando seu álcool em gel 70% para higienização das mãos e uso obrigatório de máscara.

1.1.7 A entrega da documentação, junto a Secretaria Municipal de Administração, deverá ser através de agendamento prévio, exclusivamente pelo contato (83) 9.8123-2323.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

1.2 Relação de Candidatos Convocados

CARGO: AUXILIAR OPERACIONAL DE SERVIÇOS GERAIS (DISTRITO DE CASINHA DO HOMEM)

NOME DO CONVOCADO	Nº. DE INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
MARIA DO CARMO DE LIMA	0027	6º
MARIA WELHA AMARO DA SILVA	0035	7º

CARGO: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

NOME DO CONVOCADO	Nº. DE INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
RAFAEL PEREIRA DUARTE	0139	5º
LUIZ DAVID ANDRADE DUARTE	0096	6º
EUDIVANIO LOPES DA SILVA	0043	7º
JOINGLY CASIMIRO DE FARIAS	0079	8º

CARGO: FISCAL SANITÁRIO

NOME DO CONVOCADO	Nº. DE INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
VITOR HUGO ALVES DE ARAUJO	0008	3º

CARGO: PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA I B (SEDE)

NOME DO CONVOCADO	Nº. DE INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
MARIA ELIVANIEDE PEREIRA DA SILVA	0039	4º
ADELIANA PEREIRA DA SILVA	0002	5º
ALLANY PINTO DA SILVA	0004	6º

CARGO: NUTRICIONISTA

NOME DO CONVOCADO	Nº. DE INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
SANDY FERREIRA MARTINS	0015	2º
WILANDIA RODRIGUES DE ANDRADE	0017	3º
ERICK BERNARD PEREIRA DE LIMA	0010	4º

CARGO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM (PLANTONISTA)

NOME DO CONVOCADO	Nº. DE INSCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
GEORGE DA CRUZ OLIVEIRA	0012	4º
RANIERY ALENCAR PEIXOTO DE SOUSA	0035	5º

Gabinete do Prefeito Constitucional do Município de Santa Cruz, Estado da Paraíba, em 18 de setembro de 2020.


PAULO CÉSAR FERREIRA BATISTA
PREFEITO



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO I

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 002/2020
EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº. 001/2018

RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS:

- 1.1. Hemograma completo;
- 1.2. Parasitológico de fezes;
- 1.3. Ácido úrico;
- 1.4. Colesterol total;
- 1.5. Triglicerídeos;
- 1.6. VDRL;
- 1.7. Grupo Sanguíneo;
- 1.8. Fator Rh;
- 1.9. Urina (EAS);
- 1.10. HDL;
- 1.11. Anti-HCV;
- 1.12. Anti-HBSAg;
- 1.13. Uréia;
- 1.14. Creatinina;
- 1.15. Glicemia de jejum;
- 1.16. Sorologia para Doença de Chagas;
- 1.17. Acuidade visual;
- 1.18. Eletrocardiograma com Laudo;
- 1.19. Raio X de Tórax com Laudo;
- 1.20. Raio X Lombar – Sacra AP e perfil com Laudo;
- 1.21. Laudo Otorrinolaringológico com vídeo-laringoscopia (*OBS.: Exames exigidos tão somente para os candidatos aprovados ao cargo de Professor de Educação Básica I e Básica II e Supervisor Escolar*);
- 1.22. Audiometria. (*OBS.: Exames exigidos tão somente para os candidatos aprovados ao cargo de Professor de Educação Básica I e Básica II e Supervisor Escolar*).

Observação: A validade dos exames solicitados são de 03 (três) meses à contar da publicação deste Edital.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

DECLARAÇÃO DE **NÃO ACUMULAÇÃO** DE CARGO PÚBLICO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA OU PROVENTOS

Eu, _____,
DECLARO para fins de () Nomeação / () Contratação junto a Prefeitura Municipal de Santa Cruz, Estado da Paraíba, para exercer o cargo de _____, na Secretaria Municipal de _____, junto a(o) _____ (UTB - local de trabalho), **QUE NÃO EXERÇO cargo, emprego ou função pública**, junto à administração pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, sendo **INACUMULÁVEL** com a carreira em que tomarei posse, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal e o art. 20, seção IX, § 4º, da Lei Complementar nº. 002, de 10 de janeiro de 1994, que institui o Regime Jurídico Único dos servidores públicos municipais.

DECLARO, igualmente, **QUE NÃO PERCEBO proventos** de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal, que seja **inacumulável** com a carreira em que tomarei posse.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

DECLARO, por fim, que tomo ciência de toda a legislação supra referida.

Santa Cruz - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor e CPF



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

DECLARAÇÃO DE **ACUMULAÇÃO** DE CARGO, EMPREGO, FUNÇÃO PÚBLICA OU PROVENTOS

Nome:	
Secretaria:	Local de Trabalho:
Acumula Cargo, Emprego ou Função Pública? () SIM () NÃO	
Se <i>positivo</i> , prestar as informações seguintes:	
Cargo/Emprego/Função Pública	Órgão/Entidade/Secretaria
<p>Estou ciente da proibição de acumulação de cargos, empregos e funções dos Poderes da União, dos Estados e dos Municípios, incluindo-se autarquias, empresas públicas, fundações e sociedade de economia mista, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal e o art. 20, seção IX, § 4º, da Lei Complementar nº. 002, de 10 de janeiro de 1994.</p> <p>Estou ciente de que qualquer omissão constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.</p>	
Santa Cruz – PB, ____ / ____ / ____	_____ Assinatura do servidor
OBS.: Complementar informações, com o preenchimento do DETALHAMENTO DA DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS (modelo anexo)	



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

DETALHAMENTO DA DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS

01 – ASSINALE COM UM “X”, A QUAL CARGO SE REFEREM ÀS INFORMAÇÕES AQUI REGISTRADAS: (preencher um para cada cargo, função ou emprego público)

1º CARGO

2º CARGO

3º CARGO

02 – NOME DO SERVIDOR:

03 – MATRÍCULA:

04 – ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:

05 – UNIDADE DE TRABALHO:

06 – ESCOLARIDADE EXIGIDA PARA PROVIMENTO DO CARGO:

ENSINO SUPERIOR ENSINO MÉDIO/TÉCNICO FUNDAMENTAL

07 – CARGO/CATEGORIA PROFISSIONAL:

08 – DATA E NÚMERO DA LEI QUE CRIA O CARGO E DISPÕE SOBRE A ESCOLARIDADE EXIGIDA PARA PROVIMENTO DO CARGO:

09 – FORMA DE ADMISSÃO:

NOMEAÇÃO COMISSIONADO EFETIVAÇÃO CONTRATO

10 – ADMITIDO EM:

/ /

11 – REGIME:

ESTATUTÁRIO COMISSIONADO CONTRATO OUTROS:

12 – DATA DO AFASTAMENTO PRELIMINAR:

/ /

13 – CARGA HORÁRIA: _____ (informar a carga horária e assinalar uma das opções abaixo)

DIÁRIA SEMANAL MENSAL OUTROS:

14 – DATA DA APOSENTADORIA:

/ /

15 – ASSINALAR COM UM “X”:

DISPOSIÇÃO: COM ÔNUS SEM ÔNUS OUTROS:

16 – COMPROVAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO: (preencher um quadro de horários para cada turno de trabalho, se for o caso)

HORÁRIO DE TRABALHO	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo

17 - OBSERVAÇÃO:

18 – RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES REGISTRADAS:

Declaramos para o devido parecer sobre a situação funcional do(a) interessado(a), que as informações contidas neste formulário encontram-se corretas e de acordo com a Ficha Funcional e demais documentos existentes neste Órgão/Entidade.

_____/_____/_____
LOCAL DATA RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES (assinatura e MATRÍCULA)

19 – CHEFIA IMEDIATA:

_____/_____/_____
LOCAL DATA CHEFIA IMEDIATA (assinatura, MATRÍCULA e carimbo)



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

DECLARAÇÃO DE RELAÇÃO DE PARENTESCO - DRP

EU, _____ FILHO DE _____ E _____, CPF Nº. _____, IDENTIDADE Nº. _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ / _____, OCUPANTE DO CARGO DE _____, MATRÍCULA _____,

PARA OS FINS NO DISPOSTO NA SÚMULA VINCULANTE Nº. 13 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, **DECLARO () TER () NÃO TER** RELAÇÃO DE PARENTESCO NATURAL OU CIVIL, NA LINHA RETA OU COLATERAL, ATÉ O 3.º GRAU, INCLUSIVE, OU PARENTESCO POR AFINIDADE, NA LINHA RETA OU COLATERAL, AÍ ABRANGIDOS CÔNJUGES OU COMPANHEIROS, AVÓS, PAIS, FILHOS, IRMÃOS, **CUNHADOS**, TIOS E SOBRINHOS, ALCANÇANDO, AINDA, O PARENTE COLATERAL DE 3.º GRAU DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO, **DO PREFEITO, DO VICE-PREFEITO, DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS, DOS DIRETORES, PRESIDENTES DE AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES MUNICIPAIS, DOS DIRETORES DE DEPARTAMENTO, CHEFES DE DIVISÕES OU DE QUAISQUER OCUPANTES DE CARGOS DE PROVIMENTO EM COMISSÃO, DE FUNÇÃO DE CONFIANÇA, GRATIFICADA OU DO CONTRATADO POR EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO** NO ÂMBITO DO PODER EXECUTIVO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ - PARAÍBA.

1NOME DO FAMILIAR OU PARENTE: _____

RELAÇÃO E GRAU DE PARENTESCO: _____

CARGO OCUPADO: _____

PODER (SECRETARIA) AO QUAL PERTENCE: _____

2NOME DO FAMILIAR OU PARENTE: _____

RELAÇÃO E GRAU DE PARENTESCO: _____

CARGO OCUPADO: _____

PODER (SECRETARIA) AO QUAL PERTENCE: _____

3NOME DO FAMILIAR OU PARENTE: _____

RELAÇÃO E GRAU DE PARENTESCO: _____

CARGO OCUPADO: _____

PODER (SECRETARIA) AO QUAL PERTENCE: _____

DECLARO, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO E SOB PENA DE SER RESPONSABILIZADO CRIMINALMENTE POR FALSA DECLARAÇÃO, NOS TERMOS DO ART. 299 DO CPP, SEM PREJUÍZO DAS COMINAÇÕES CIVIS E ADMINISTRATIVAS, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS É A MAIS PURA EXPRESSÃO DA VERDADE.

SANTA CRUZ-PB, _____ DE _____ DE _____. _____
DECLARANTE

¹ Preencher caso o servidor possua grau de parentesco.

² Preencher caso o servidor possua grau de parentesco.

³ Preencher caso o servidor possua grau de parentesco.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

DECLARAÇÃO DE BENS

Declaro, nos termos da Lei, nesta data, que possuo os seguintes bens:

() Não possuo bens a declarar

() Possuo bens a declarar, conforme segue abaixo:

IMÓVEIS

Endereço	Data da aquisição	Valor da aquisição	Valor de venda atual

VEÍCULOS

Tipo	Data da aquisição	Valor da aquisição	Valor de venda atual

Outros – APLICAÇÕES FINANCEIRAS

FONTES DE RENDA

NOME COMPLETO: _____

CARGO: _____

Local e data: _____

Assinatura



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ
GABINETE DO PREFEITO

TERMO DE INTERESSE NO CARGO

EU, _____, inscrito no CPF sob o número _____, conforme aprovação no Concurso Público – Edital Nº. 001/2018, da Prefeitura Municipal de Santa Cruz, **CONFIRMO** o interesse de tomar posse no cargo de _____, nos termos da Legislação em vigor.

Santa Cruz – PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato