

EDITAL Nº 237/SMGP, DE 13 DE JUNHO DE 2025

**O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA**, no uso das atribuições que lhe são conferidas em Lei, por meio da Secretaria de Município de Gestão de Pessoas, TORNA PÚBLICO o presente Edital para CONVOCAR os candidatos classificados;

Considerando o Concurso Público realizado de acordo com o Edital nº 002/2020/MAG, de 07 de fevereiro de 2020 e homologado através do Edital nº 050/2021, de 16 de julho de 2021;

Considerando o Ticket nº 311206/2025, e o Memorando nº 1508/2025/SMEd;

Considerando a Portaria de Nomeação nº 3393, de 13 de junho de 2025.

**Art. 1º** Os candidatos relacionados no Anexo I deste edital deverão:

I – Dirigir-se à Secretaria de Município da Educação, situada na Alameda Buenos Aires, 128 – Bairro Nossa Senhora das Dores, mediante agendamento, a fim de tratar de sua lotação em uma das escolas da Rede Municipal de Ensino.

II - De acordo com a Lei Municipal nº 6591, de 15 de dezembro de 2021, que institui o Regime de Previdência Complementar para os servidores públicos titulares de cargo efetivo do Município de Santa Maria, o candidato deverá dirigir-se ao setor de Previdência Complementar da Prefeitura Municipal de Santa Maria localizado na Rua Venâncio Aires, 2277, 3º andar, contato ou (55) 3174-1531, opção 7, a fim de ter ciência do plano de Previdência Complementar desta Prefeitura.

III - Encaminhar os documentos e os formulários digitalizados em arquivos individuais, obrigatoriamente no formato Portable Document Format (.pdf), listados a seguir, no site da Prefeitura Municipal de Santa Maria, através do seguinte endereço: <https://www.-santamaria.rs.gov.br/usuario/login>, conforme Manual de Orientações.

O atendimento presencial será agendado com a Coordenadoria de Atos de RH, após o Exame Médico Admissional, momento no qual os documentos originais encaminhados previamente através do link, deverão ser apresentados, quando então serão autenticados e, se necessário, solicitados documentos complementares, somente após finalizada essa etapa, será assinado o termo de posse.

Todos os exames médicos mencionados no Decreto nº 176, de 27 de novembro de 2019 – Alterado pelos Decretos nº 112, de 17 de julho de 2024, e nº 161, de 21 de novembro de 2024, deverão ser apresentados no dia do Exame Admissional, o qual deverá ser agendado, em tempo hábil, anteriormente à data da Posse, pelo telefone 55 3174 1531 opção 5 ou whatsapp 55 55 9167-8524, à Coordenadoria de Atenção Integrada a Saúde e Segurança dos Servidores.

As dúvidas quanto aos procedimentos adotados no processo poderão ser encaminhadas através do e-mail [atosrh.admissao2@santamaria.rs.gov.br](mailto:atosrh.admissao2@santamaria.rs.gov.br) e/ou do telefone 3174 1531 opção 3 para Coordenadoria de Atos de RH.

**Certidões:**

1. Certidões negativas cível e criminal - retiradas por meio do site <https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certido-es/>;
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 <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/autoatendimento-eleitoral#/certidoes-eleitor>

**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 Registro no Conselho de Classe (Professor de Educação Física)
9. Comprovante de endereço (água, luz ou água, luz, internet residência, telefone fixo, fatura cartão crédito, IPVA, IPTU), 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;
10. Declaração de bens e rendas ou cópia da Declaração de Imposto de Renda;
11. 01 foto 3x4 (digitalizada);
12. 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);
13. Dependentes: Documentos conforme Anexo XI;
14. Conforme Edital 35/2021, de 28 de maio de 2021 Capítulo VIII - Prova de Títulos: item 8.9. “[...] Cumpre salientar que, quando da posse, **os candidatos deverão apresentar as vias originais dos documentos anexados quando da prova de títulos**, para fins de confirmação da veracidade dos documentos anteriormente apresentados e arquivo, sob pena de eliminação do certame e impossibilidade da posse.”

**Art. 2º** – Esta convocação tem seus efeitos pelo período de até quinze dias a contar de **16 de junho de 2025**.

RODRIGO DECIMO

Fazem parte do presente edital:

Anexo I – Relação nominal dos convocados;

Anexo II – Decreto Executivo nº 176, de 27 de novembro de 2019 - Alterado pelos Decretos nº 112, de 17 de julho de 2024, e nº161, de 21 de novembro de 2024;

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 - Solicitação de Inclusão de Dependentes para Imposto de Renda.

**ANEXO I**

**PROFESSOR – EDUCAÇÃO ESPECIAL**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>CANDIDATOS</b>              |
|----------------------|--------------------------------|
| 44º                  | MAIARA PRISCILA DIAS           |
| 45º                  | ELIZIANE TAINA LUNARDI RIBEIRO |
| 46º                  | ARLEI PERIPOLLI                |

**PROFESSOR – ANOS FINAIS ENSINO FUNDAMENTAL – EDUCAÇÃO FÍSICA**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>CANDIDATO</b>          |
|----------------------|---------------------------|
| 34º                  | VINICIUS DE MORAES BRASIL |

**PROFESSOR – ANOS FINAIS ENSINO FUNDAMENTAL – ESPANHOL**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>CANDIDATO</b>             |
|----------------------|------------------------------|
| 28º                  | CARLOS RONEI DE FREITAS MORI |

**PROFESSOR – ANOS FINAIS ENSINO FUNDAMENTAL – PORTUGUÊS**

| <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>CANDIDATO</b>        |
|----------------------|-------------------------|
| 36º                  | IVANI CALVANO GONÇALVES |

**ANEXO II** – Decreto Executivo nº 176, de 27 de novembro de 2019 – Alterado pelos Decretos nº 112, de 17 de julho de 2024, e nº 161, de 21 de novembro de 2024.

Normatiza e Estabelece Procedimentos para os exames admissionais

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA MARIA, em exercício, 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 Superintendência de Recursos Humanos, 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 do 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 - exame comum de urina;

V - sorologia (Lues ou VDRL, Doença de Chagas, Hepatite B (HBsAg, Anti-HBc IgM, AbeAg, Anti-Hbe e Anti-HBs), Hepatite C (Anti-HCV);

VI - comprovante de Anatoxi-tetânico;

VII - teste ergométrico/Esteira (para candidatos com 40 anos ou mais);

VIII - raio-X de coluna lombo-sacra e cervical;

IX - exame de papanicolau (mulheres);

X - exame de mamografia (mulheres acima de 40 anos);

XI - laudo psiquiátrico, elaborado por médico legalmente habilitado e com Registro de Qualificação de Especialista em Psiquiatria - RQE, que ateste se há diminuição cognitiva ou de atenção em função de patologias em curso ou medicações psicoativas em uso, afetando o desenvolvimento pleno da função proposta;

a) a avaliação deve conter aspectos de consciência, orientação, memória e atenção, sensopercepção, capacidade de autodeterminação, humor, cognição e raciocínio lógico.

XII - exame toxicológico;

XIII - avaliação psicológica realizada por profissional com CRP atualizado, constituído de instrumentos e técnicas psicológicas, observados os critérios definidos pelo Conselho Federal de Psicologia, os quais verificarão minimamente as habilidades específicas e intelectuais e a adequação das características psicológicas de personalidade do candidato ao perfil exigido pelo cargo;

- a) deverão constar do laudo os resultados da bateria dos seguintes exames: Personalidade (Sugestão Teste Palográfico: produtividade; organização; adaptação ao ambiente; firmeza e segurança em relação às atitudes pessoais; vitalidade; adaptação a normas e regimentos; capacidade para estabelecer e cumprir metas; relacionamento interpessoal; ritmo de trabalho; capacidade de concentração; impulsividade e inteligência emocional); Habilidade social e interpessoal (resolução de conflito); Controle da agressividade (passiva, agressiva ou assertiva); Impulsividade; Atenção difusa e concentrada; Memória e Raciocínio;
- b) o resultado deverá apresentar parecer "INDICADO" ou "NÃO INDICADO" para o desempenho do cargo.

§ 1º Os exames descritos no inciso V devem ser realizados, exclusivamente, pelos servidores nomeados para os cargos do Grupo de Saúde e Assistência (incluído o cargo de Agente Comunitário de Saúde).

§ 2º Os exames descritos nos incisos VII e VIII devem ser realizados pelos servidores nomeados para os cargos de Motorista de Transporte de Pessoas e Cargas, e Auxiliar de Serviços Gerais I e II (do Grupo de Atividades Complementares), Motorista de Caminhão e Operador de Máquinas Rodoviárias (do Grupo Operacional) e para o cargo de Agente Comunitário de Saúde (do Grupo de Assistência em Saúde).

§ 3º O exame descrito no inciso XII deve ser realizado, exclusivamente, para os cargos de Motorista de Transporte de Pessoas e Cargas e Guarda Municipal Ostensivo.

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 pregressas, 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.

**ANEXO III**

**FORMULÁRIO DE EXAME MÉDICO**

**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 Atenção Integrada a Saúde e Segurança dos Servidores (CAISS)

**EXAME MÉDICO – (55) 3174 1531 opção 5, (55) 99167-8524**

**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**

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE PÚBLICO</b>                                                                                                                                                                                                                            |                      |                     |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                     |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                     |
| TÍTULO DE ELEITOR:                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                     |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                     |
| ENDEREÇO COMPLETO:                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                     |
| CEP:                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | E-MAIL:             |
| MUNICÍPIO/UF:                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | TELEFONE:           |
| <b>2. DEPENDENTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                     |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                 | GRAU DE DEPENDÊNCIA: | DATA DE NASCIMENTO: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
| <b>3. DECLARAÇÃO DE BENS E DIREITOS</b>                                                                                                                                                                                                                              |                      |                     |
| EXEMPLO: Imóveis – Terreno, apartamento, casa, loja, outros;<br>veículos, embarcações, semoventes, dinheiros, títulos, ações e qualquer outra espécie de bens e valores<br>patrimoniais localizados no País ou no Exterior.<br>INFORMAR ALIENAÇÃO QUANDO FOR O CASO. |                      |                     |
| DESCRIÇÃO DO BEM E OU DIREITO                                                                                                                                                                                                                                        | ANO DE 2024          | ANO DE 2025         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                     |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                     |
| <b>4. DÍVIDAS E ÔNUS REAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                     |
| Discriminar dívidas de ônus reais – nome do beneficiário ou credor                                                                                                                                                                                                   | SITUAÇÃO             |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | ANO DE 2024          | ANO DE 2025         |

|              |  |  |
|--------------|--|--|
|              |  |  |
|              |  |  |
|              |  |  |
|              |  |  |
|              |  |  |
|              |  |  |
| <b>TOTAL</b> |  |  |

**5. INFORMAÇÕES DOS CÔNJUGE E DOS DEMAIS DEPENDENTES**

| CPF | RENDIMENTOS R\$ |
|-----|-----------------|
|     |                 |
|     |                 |
|     |                 |
|     |                 |

**6. BENS DO CÔNJUGE E DEMAIS DEPENDENTES**

Os bens de cônjuge e demais dependentes estão informados acima? ( ) sim ( ) não

Caso negativo discriminar abaixo:

EXEMPLO: 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.  
INFORMAR ALIENAÇÃO QUANDO FOR O CASO.

| DESCRIÇÃO DO BEM E OU DIREITO | ANO DE 2024 | ANO DE 2025 |
|-------------------------------|-------------|-------------|
|                               |             |             |
|                               |             |             |
|                               |             |             |
|                               |             |             |
|                               |             |             |
|                               |             |             |
|                               |             |             |
|                               |             |             |
|                               |             |             |

**TOTAL**

**7. 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:

|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Discriminar dívidas de ônus reais – nome do beneficiário ou credor                                                                                                                                               |             |             |
| DESCRIÇÃO<br>CPF                                                                                                                                                                                                 | ANO DE 2024 | ANO DE 2025 |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
| <b>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.</b> |             |             |
| Data:                                                                                                                                                                                                            |             |             |
| Assinatura do Agente Público:                                                                                                                                                                                    |             |             |

**ANEXO VI**

**SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE AUXÍLIO TRANSPORTE**

Eu,....., servidor  
(a) municipal, ativo, lotado(a) na Secretaria de Município da Educação residente à  
rua .....nº.....,  
bairro ....., na cidade de ...../RS; 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/Distrito....., na cidade  
de Santa Maria/RS.

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

**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 (à) Sr. (a)

Secretário (a) de Município de 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**

**SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) PARA CÁLCULO DA DEDUÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA**

Eu, \_\_\_\_\_, solicito a inclusão do(s) dependente(s) abaixo para fins de abatimento mensal do Imposto de Renda retido na fonte na minha folha de pagamento.

DECLARO ser(em) meu(s) dependente(s) econômico(a), não percebendo qualquer tipo de provento superior ao permitido por lei para esta finalidade. Declaro também que o(s) dependente(s) abaixo não é(são) meu(s) beneficiário(s) de pensão alimentícia e ainda, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

| Nome completo do dependente | Grau de parentesco | Data de nascimento | CPF |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-----|
|                             |                    |                    |     |
|                             |                    |                    |     |
|                             |                    |                    |     |
|                             |                    |                    |     |

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura

Para inclusão, anexar os seguintes documentos do(s) dependente(s):

- 1: Cônjuge: Certidão de Casamento, CPF
- 2: Companheiro(a): RG ou Certidão de Nascimento, CPF
- 3: Filho ou enteado: Certidão de Nascimento, CPF
- 4: Filho ou enteado estudante (21 a 25 anos incompletos): Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Matrícula em instituição reconhecida pelo MEC
- 5: Filho ou enteado com incapacidade física ou mental: Certidão de Nascimento, CPF e Laudo Médico Atestando a Incapacidade
- 6: Pais, avós, bisavós que recebem rendimentos tributáveis ou não até o limite do teto para isenção do IR: Certidão de Casamento ou RG e CPF
- 7: Irmão, neto, bisneto sem arrimo dos pais, do qual o servidor detém a guarda judicial, até completar 22 anos ou em qualquer idade quando incapacitado física e/ou mental Laudo Médico atestando a incapacidade ente para o trabalho: Certidão de Nascimento, CPF, Termo de Guarda e Laudo Médico Atestando a Incapacidade
- 8: Menor pobre que o servidor crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial, até o mês em que completar 22 anos: Certidão de Nascimento, CPF e Termo de Guarda
- 9: Pessoa incapaz da qual o servidor seja tutor ou curador: CI ou Certidão de Nascimento, CPF e Termo de Guarda ou Termo de Curatela.