



XCZX

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO
EDITALNº003/2019SME – CHAMADA PÚBLICA PARA ACT's

A SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAPÃO ALTO, no uso de suas atribuições legais, e legislação em vigor no ato da admissão, tornam público, pelo presente Edital, as normas para **Chamada Pública**, em razão de esgotada a listagem de professores series iniciais, no processo seletivo 004/2018, em obediência aos Princípios Constitucionais da Impessoalidade, Publicidade e Eficiência Administrativa, e na legalidade notadamente, a lei nº 676/2019 da seguinte forma:

1. A Comissão nomeada pelo prefeito será responsável pela operacionalização da Chamada Pública para ACT's.

2. Esgotadas as possibilidades de convocação de candidatos classificados no processo seletivo do Edital nº004/2018 a Secretaria Municipal de Educação contratará profissionais com o intuito de completar o quadro de vagas do Magistério Público Municipal, mediante Chamada Pública para ACT's.

3. A Secretaria Municipal de Educação divulgará o quadro de vagas de series iniciais que ainda não foram ocupadas nas escolas, por não haver mais candidatos classificados ou inscritos, a divulgação acontecerá em até 24hs (vinte e quatro horas) de antecedência da inscrição, através do site da Prefeitura www.capaoalto.sc.gov.br, Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, Mural da Prefeitura, da Secretaria Municipal de Educação e Jornal de Circulação.

3.1 Período de inscrição: 04/06/19 à 05/06/19 – Horário das 13:30 até as 17:00hs
Resultado dia 06/06//19 e a escolha das vagas 07/06/19 às 14:00hs.

4. Os candidatos interessados deverão dirigir-se à sede da Secretaria de Educação, munidos de documentos pessoais (RG e CPF), comprovação de sua habilitação, Formulário de Inscrição (Anexo I deste Edital) e comprovante de tempo de serviço (Anexo II e III deste Edital), Certidão de Nascimento dos filhos, para a escolha das vagas disponíveis, em horário estabelecido pela Secretaria da Educação, no período vespertino, entre 13:30 e 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

Rua: João Vieira de Oliveira, 500 - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 01.599.409/0001-39 - e-mail : administracao@pmcapaoalto.com.br
Telefone: (49)3237-2000 - Fax: (49)3237-2016



XCZX

ESTADO DE SANTA CATARINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

5 – A Secretaria Municipal de Educação respeitará todos os critérios e pré-requisitos previstos nos Editais nº 004/2018, principalmente aqueles relacionados à habilitação mínima exigida para cada disciplina.

5.1 – Havendo dois ou mais candidatos para a mesma vaga, a classificação destes candidatos obedecerá aos seguintes critérios:

- 1º) Habilitação;
- 2º) Maior Tempo de Serviço no Município;
- 3º) Maior tempo de Serviço na Rede Pública
- 4º) Maior Idade
- 5º) Número de filhos

5.2 – A habilitação mínima exigida para inscrição e classificação de candidatos para as vagas das disciplinas da Área da Educação infantil é definida pelo quadro abaixo:

DISCIPLINA	HABILITAÇÃO MÍNIMA EXIGIDA
Professor educação Infantil 40h/s	Diploma e Histórico Escolar de Conclusão de Curso Superior de Licenciatura Plena em pedagogia.

5.3 – A Comissão de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho Pedagógico e Funcional dos Professores contratados, instituída pelo Prefeito, deverá manifestar Parecer referente aos casos em que a classificação de candidatos e/ou a escolha de vagas não garantem os direitos estabelecidos na legislação vigente.

6. - Este edital entra em vigor a partir de 03/05/2019, revogam-se as disposições em contrário.

Capão Alto, 03/05/2019

Secretaria da Educação

Antonio Matos Vieira
Secretário de Educação

Rua: João Vieira de Oliveira, 500 - Capão Alto - SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 01.599.409/0001-39 - e-mail : administração@pmcapaoalto.com.br
Telefone: (49)3237-2000 - Fax: (49)3237-2016



XCZX

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

ANEXO I
FICHA DE INSCRIÇÃO

DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO:
RG:
CPF:
ENDEREÇO:
BAIRRO:
CIDADE:
TELEFONE:
E-MAIL:
CARGO PLEITEADO:
FORMAÇÃO:



XCZX

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

ANEXO II
ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO NO MUNICÍPIO

Identificação do Município

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o **Edital de Chamada Pública para Admissão de Professores em Caráter Temporário do ano letivo de 2019**, que o Senhor(a) _____, nascido(a) em ____/____/____ portador(a) do documento de identidade nº _____ e CPF nº _____ exerceu ou ainda exerce atividades no magistério nessa instituição, no cargo de **PROFESSOR**, conforme abaixo especificado:

PERÍODO DE: ____/____/____ a ____/____/____ na disciplina de _____
Código da Disciplina: _____

PERÍODO DE: ____/____/____ a ____/____/____ na disciplina de _____
Código da Disciplina: _____

TOTALIZANDO: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS.

Declaramos, sob as penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta declaração são a expressão da verdade.

Observação: Informar o tempo de serviço total do candidato

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

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição



XCZX

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

ANEXO III
ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO NA REDE PÚBLICA

Identificação da Unidade Escolar (papel timbrado, CNPJ, endereço)

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o **Edital de Chamada Pública para Admissão de Professores em Caráter Temporário do ano letivo de 2019**, que o Senhor(a) _____, nascido(a) em ____/____/____ portador(a) do documento de identidade nº _____ e CPF nº _____ exerceu ou ainda exerce atividades no magistério nessa instituição, no cargo de **PROFESSOR**, conforme abaixo especificado:

PERÍODO DE: ____/____/____ a ____/____/____

PERÍODO DE: ____/____/____ a ____/____/____

PERÍODO DE: ____/____/____ a ____/____/____

PERÍODO DE: ____/____/____ a ____/____/____

PERÍODO DE: ____/____/____ a ____/____/____

TOTALIZANDO: ____ ANOS ____ MESES ____ DIAS.

Declaramos, sob as penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta declaração são a expressão da verdade.

Observação: Informar o tempo de serviço total do candidato

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

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

Rua: João Vieira de Oliveira, 500 - Capão Alto - SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 01.599.409/0001-39 - e-mail : administração@pmcapaoalto.com.br
Telefone: (49)3237-2000 - Fax: (49)3237-2016