



# ESTADO DE SANTA CATARINA

## MUNICÍPIO DE SUL BRASIL

Avenida Doutor José Leal Filho, 589 Fone/Fax: (49) 3367-0030

SUL BRASIL

SANTA CATARINA

CNPJ: 95 990 107/0001-30

### CONCURSO PÚBLICO Nº.002/2019

#### Edital n.º 002/2019

O Município de SUL BRASIL, pessoa Jurídica de Direito Público, inscrito no CNPJ sob nº.95.990.107/0001-30, com sede administrativa situada à Avenida Doutor José Leal Filho, 589, centro, cidade de Sul Brasil/SC, CEP 89.855-000, por intermédio de seu Prefeito Municipal, no uso de suas atribuições legais, mediante as condições estipuladas neste Edital, em conformidade com a Constituição Federal e demais disposições atinentes à matéria, em conjunto com a Comissão Organizadora de Concursos, nomeada através da Portaria n.º.107, de 06 de Novembro de 2019, **TORNA PÚBLICO** a seguinte RETIFICAÇÃO ao Edital de Abertura n.º 01/2019:

### ONDE SE LÊ:

Tabela 2.1

ATÉ NÍVEL FUNDAMENTAL						
Cargo	Carga Horária Semanal	Vagas Ampla Concorrência	Vagas PcD	Remuneração Inicial Bruta R\$	Taxa de Inscrição	Requisitos básicos
SERVIÇOS GERAIS	40 h	CR*	*	1.300,38	R\$ 100,00	Ensino fundamental completo.
MOTORISTA ( DMER)	40 h	CR*	*	1.872,34	R\$ 100,00	Ensino fundamental completo. Portador da CNH categoria "D".
NÍVEL MÉDIO						
Cargo	Carga Horária Semanal	Vagas Ampla Concorrência	Vagas PcD	Remuneração Inicial Bruta R\$	Taxa de Inscrição	Requisitos básicos
OPERADOR MÁQUINAS DE	40 h	01 + CR	*	2.004,54	R\$ 120,00	Ensino Médio completo. Portador da CNH categoria "D"

### LEIA-SE:

ATÉ NÍVEL FUNDAMENTAL						
Cargo	Carga Horária Semanal	Vagas Ampla Concorrência	Vagas PcD	Remuneração Inicial Bruta R\$	Taxa de Inscrição	Requisitos básicos
SERVIÇOS GERAIS	40 h	CR*	*	1.300,38	R\$ 100,00	Alfabetizado.
MOTORISTA ( DMER)	40 h	CR*	*	1.872,34	R\$ 100,00	Alfabetizado. Portador da CNH categoria "D".
OPERADOR MÁQUINAS DE	40 h	01 + CR	*	2.004,54	R\$ 120,00	Alfabetizado. Portador da CNH categoria "D"

### ONDE SE LÊ:

#### QUADRO DE ATRIBUIÇÃO DE PONTOS PARA A AVALIAÇÃO DE TÍTULOS:

Título	Valor de cada título	Valor máximo dos títulos
a) Certificado e/ou Certidão de Conclusão de Curso de Pós Graduação em nível de <b>ESPECIALIZAÇÃO</b> , com carga horária mínima de 360 horas na área da educação.	2,5	5,00

**ESTADO DE SANTA CATARINA****MUNICÍPIO DE SUL BRASIL**

Avenida Doutor José Leal Filho, 589 Fone/Fax: (49) 3367-0030

SUL BRASIL

SANTA CATARINA

CNPJ: 95 990 107/0001-30

b) Certificado e/ou Certidão de Conclusão de Curso de Pós Graduação em nível de <b>MESTRADO</b> , na área da educação.	6,00	6,00
c) Certificado e/ou Certidão de Conclusão de Curso de Pós Graduação em nível de <b>DOUTORADO</b> , na área da educação.	9,00	9,00
MÁXIMO DE PONTOS A SER OBTIDO		20,00

**LEIA-SE:****QUADRO DE ATRIBUIÇÃO DE PONTOS PARA A AVALIAÇÃO DE TÍTULOS:**

Título	Valor de cada título	Valor máximo dos títulos
a) Certificado e/ou Certidão de Conclusão de Curso de Pós Graduação em nível de <b>ESPECIALIZAÇÃO</b> , com carga horária mínima de 360 horas na área da educação.	2,5	2,5
b) Certificado e/ou Certidão de Conclusão de Curso de Pós Graduação em nível de <b>MESTRADO</b> , na área da educação.	6,00	6,00
c) Certificado e/ou Certidão de Conclusão de Curso de Pós Graduação em nível de <b>DOUTORADO</b> , na área da educação.	9,00	9,00
MÁXIMO DE PONTOS A SER OBTIDO		17,5

**ONDE SE LÊ:****CONCURSO PÚBLICO Nº 02/2019**

Edital de abertura n.º 01/2019

**ANEXO III – Cronograma**

ETAPA OU ATIVIDADE	DATAS
Publicação dos pedidos de isenção deferidos e indeferidos	19/11/2019

**LEIA-SE:****CONCURSO PÚBLICO Nº 02/2019**

Edital de abertura n.º 01/2019

**ANEXO III – Cronograma**

ETAPA OU ATIVIDADE	DATAS
Publicação dos pedidos de isenção deferidos e indeferidos	21/11/2019

Art. 1º - Haverá isenção da taxa de inscrição, doadores de sangue e/ou de medula óssea os candidatos que:

§ 1º - Forem doadores de sangue e/ou de medula óssea promovida a órgão oficial e a entidades credenciadas pela União, Estado, Distrito Federal ou Município.

§ 2º - A comprovação da qualidade de doador de sangue ou de medula óssea será efetuada através da apresentação de documento expedido pela entidade coletora. O documento deverá discriminar



## ESTADO DE SANTA CATARINA

### MUNICÍPIO DE SUL BRASIL

Avenida Doutor José Leal Filho, 589 Fone/Fax: (49) 3367-0030

SUL BRASIL

-

SANTA CATARINA

CNPJ: 95 990 107/0001-30

o número e a data em que foram realizadas as doações. No caso de doação de sangue, não podendo ser inferior a 03 (três) vezes nos últimos doze meses anteriores a inscrição.

Art 2º - O candidato que faz jus ao benefício deverá:

a) Acessar o site [www.ippec.org.br](http://www.ippec.org.br);

b) efetuar sua inscrição no concurso público no período estabelecido no Anexo III - Cronograma, através do site [www.ippec.org.br](http://www.ippec.org.br).

c) Preencher a declaração de que atende à condição estabelecida nos itens anteriores, conforme Anexo I deste edital.

d) Enviar através de link específico de ISENTOS no site [www.ippec.org.br](http://www.ippec.org.br), até dia 19 de novembro de 2019, os seguintes documentos: Anexo I devidamente preenchido e assinado e cópia do documento de identificação tipo R.G e CPF. Enviar ainda, sob pena de indeferimento a comprovação de doação de sangue e/ou de medula óssea.

Art. 3º Este Edital entra em vigor na data de sua publicação.

Sul Brasil/SC, 11 de novembro de 2019.

EDER IVAN MARMITT  
Prefeito de Sul Brasil - SC

MARILENE BIASI  
Presidente da Comissão Organizadora de Concursos  
Município de Sul Brasil - SC



## ESTADO DE SANTA CATARINA

### MUNICÍPIO DE SUL BRASIL

Avenida Doutor José Leal Filho, 589 Fone/Fax: (49) 3367-0030

SUL BRASIL

SANTA CATARINA

CNPJ: 95 990 107/0001-30

### CONCURSO PÚBLICO Nº 02/2019

### EDITAL DE ABERTURA Nº 01/2019

#### ANEXO I - REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

**OBS: Para solicitar a isenção da taxa é necessário que efetue a sua inscrição no CONCURSO PÚBLICO**

Nome do candidato:		
Registro Geral (RG):	Órgão expedidor:	CPF:
E-mail:	Telefone: (    )	
Cargo pretendido:		

Solicito isenção da taxa de inscrição no CONCURSO PÚBLICO aberto pelo Edital nº 01 e declaro que:

A)  Sou **doador de medula óssea** e estou cadastrado no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea.

**OU**

B)  Sou **doador de sangue** e declaro ter doado sangue no mínimo 03 (três) vezes nos últimos 12 (doze) meses.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações prestadas. Estou ciente de que poderei ser responsabilizado criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondam à verdade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Assinatura