



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

## EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 24/2024 DO PROCESSO SELETIVO

**Nº 01/2024**

Mediante o presente **EDITAL DE CHAMAMENTO DO PROCESSO SELETIVO Nº 01/2024 do MUNICÍPIO DE GUATAMBU, ESTADO DE SANTA CATARINA**, ficam **CONVOCADOS**, de acordo com a Lei Complementar nº 113/2018, os candidatos aprovados no presente processo conforme Anexo II, para **comparecer** na Prefeitura Municipal de Guatambu, localizada na Rua Manoel Rolim de Moura, 825, Centro, **no período de 06 de maio de 2024 até 10 de maio de 2024**, impreterivelmente no seguinte horário: 08:00 às 12:00 em dias úteis. **AVISO**: Os aprovados deverão comparecer munido dos documentos (cópias) relacionados no anexo II deste instrumento. Desde já, ficam cientes que **o não comparecimento no prazo acima estabelecido, do mesmo modo que a não apresentação dos documentos necessários para posse/investidura, RESULTARÁ EM PERDA DA VAGA.**

Informa-se ainda, que o exame médico de saúde ocupacional de que trata o Edital do Processo Seletivo nº 001/2024, será realizado por Profissional designado pela Prefeitura Municipal de Guatambu, o qual poderá, se necessário, exigir todos os exames pertinentes ao respectivo cargo. O procedimento de agendamento será efetuado pelo Departamento de Recursos Humanos do Município, após a entrega dos documentos pessoais e inerentes ao cargo.

OBS: **A lista com os aprovados/convocados** será disponibilizada no anexo I deste edital de chamamento.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

anexo I

**LISTA COM APROVADOS/CONVOCADOS**

<b>NOME DO(A) CONVOCADO(A)</b>	<b>CARGO</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>
Nicolli Marchiori Vicentini	Médica	20h
Alexandre Rieck da Silva	Médico	20h
Daiany Panis	Assistente Administrativo	40h

Guatambu –S/C, 03 de maio de 2024.

---

**LUIZ CLÓVIS DAL PIVA**  
**PREFEITO MUNICIPAL**



**ANEXO II**  
**DOCUMENTAÇÃO PARA CONTRATO**  
**COPIA E ORIGINAL**

CHECKLIST - VERIFICAÇÃO DA REGULARIDADE DO PROCESSO DE ADMISSÃO DE PESSOAL

Efetuuou-se a análise do processo de admissão do servidor(a):

<b>NOME</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>CARGA HORÁRIA</b>	
<b>REGIME</b>	SERVIDOR TEMPORÁRIO

ITEM	DOCUMENTOS	SIM	NÃO	FOLHA	N/A
1	Foto 3x4				
2	Ficha cadastral preenchida (para o E-social)				
3	Identidade e CPF (comprovação nacionalidade e maior de 18 anos)				
4	Comprovante de estado civil (Certidão de nascimento, casamento ou união estável) e RG e CPF do cônjuge.				
5	Título de eleitor (comprovação ao gozo de direitos políticos)				
6	Certidão de quitação eleitoral				
7	Comprovante de dispensa militar (para homens)				
8	Registro em entidade de classe com validade				
9	CNH (quando exigido para o cargo)				
10	PIS/PASEP (cópia da carteira do trabalho)				
11	Certidão de nascimento dos filhos ou RG. (desde que conste o CPF)				
12	Comprovante de endereço atualizado até 90 dias ou declaração simples se não tiver no nome. (água, luz ou telefone)				
13	Declaração de não-acumulação de cargo, função, emprego.				
14	Se tem acumulação legal informar o cargo a qual pertence e a carga horária.				
15	Declaração de não ter sofrido penalidades disciplinares na administração pública nos últimos 5 anos.				
16	Declaração de bens (IRRF ou modelo disponibilizado p/ quem declara)				
17	Comprovante de conta bancária no Banco do Brasil				
18	Declaração de não participar de gerência ou administração de empresa privada, de sociedade civil, ou exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário;				

ITEM	DOCUMENTOS SERVIDOR TEMPORÁRIO	SIM	NÃO	FOLHA	N/A
19	Processo Seletivo - Edital n° _____ (pagina que contenha o n° do edital)				
20	Data de homologação do processo seletivo _____				
21	Data de validade do processo seletivo _____				
22	Data de prorrogação do processo seletivo _____				
23	Justificativa da necessidade				
24	N° da portaria de nomeação _____				
25	Laudo de inspeção médica				
26	Contrato com o município.				
27	Foi publicado os atos no Diário Oficial do Município				
28	Apresentou a habilitação exigida no edital				
29	A classificação do processo seletivo foi obedecida				
30	Certidão negativa de antecedentes criminais e civil estadual.				



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

Guatambu –SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

(assinatura responsável do RH pela conferência)

➤ **PREVEN MED DIA: HS:** Rua Minas Gerais, 67- E, Centro,  
Chapecó (SC)Telefone: **(49) 3323.1604**

Município de Guatambu – SC  
Rua Manoel Rolim de Moura, nº 825 – CEP.89.817-000  
[www.guatambu.sc.gov.br](http://www.guatambu.sc.gov.br) – e-mail: [peessoal@guatambu.sc.gov.br](mailto:peessoal@guatambu.sc.gov.br)  
(49) 3336.0102



ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

## **DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADE**

Eu \_\_\_\_\_ brasileiro(a), estado civil

\_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, portador de  
carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº

\_\_\_\_\_ declaro para os devidos fins que se fizerem necessários e sob as  
penas da Lei, a inexistência de incompatibilidade legal para o exercício do cargo de  
\_\_\_\_\_, que não exerço outro cargo função ou emprego  
público de espécie alguma ou ainda a inexistência de qualquer outro motivo impeditivo  
ao cumprimento de carga horária, prevista em Lei Municipal.

Guatambu/SC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES - ANO DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro (a),  
estado civil \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_, residente  
no \_\_\_\_\_  
endereço \_\_\_\_\_, identidade sob nº \_\_\_\_\_ e  
CPF nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, relação dos meus bens.

**BENS**

IDENTIFICAÇÃO DO BEM	VALOR DE AQUISIÇÃO	VALOR VENAL

**FONTES DE RENDA**

ÓRGÃO / EMPRESA	CARGO	VALOR TOTAL/ANO

Declaro, sob as penas da lei, que as informações  
aqui prestadas são verdadeiras.

Guatambu SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SERVIDOR(A)



ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

## DECLARAÇÃO DE NÃO PARTICIPAÇÃO EM EMPRESA

Eu \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro sob as penas da Lei, que estou sendo admitido no Município de Guatambu, para as funções do cargo de \_\_\_\_\_, que não possuo participação em empresa privada conforme consta nas proibições no Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Guatambu, Lei Complementar 04 de 2001, art. 99, IX “participar de gerência ou administração de empresa privada, de sociedade civil, ou exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário” , sendo passível de aplicação de penalidade.

Guatambu \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Servidor



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

## **DECLARAÇÃO DE PENALIDADE**

Eu \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, ocupação \_\_\_\_\_, residente e  
domicílio \_\_\_\_\_ identidade sob o nº \_\_\_\_\_, portador  
do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, nunca ter sofrido  
qualquer tipo de penalidade disciplinar ou contravenção, no exercício  
profissional, cargo ou função pública ou privada, por prática de atos desabonadores.

Guatambu/SC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Assinatura





## PREFEITURA MUNICIPAL DE GUATAMBU

Secretaria Municipal de Administração

### RECADASTRAMENTO DOS DADOS PESSOAIS DO SERVIDOR

#### DADOS PESSOAIS

\*Nome:

\*CPF:

\*PIS/PASEP/NIT:

\*Sexo:

- Feminino  
 Masculino

\*Raça/Cor:

- Branca  
 Negra  
 Parda  
 Amarela  
 Indígena  
 Não informado

\*Estado Civil:

- Solteiro/União Estável  
 Casado  
 Divorciado  
 Separado  
 Viúvo

\*Grau de Instrução:

- Analfabeto, inclusive o que, embora tenha recebido instrução, não se alfabetizou  
 Até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental (antiga 4ª série) ou que se tenha alfabetizado sem ter frequentado escola regular  
 5º ano completo do Ensino Fundamental  
 Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental Incompleto (antiga 5ª a 8ª série)  
 Ensino Fundamental Completo  
 Ensino Médio Incompleto  
 Ensino Médio Completo  
 Educação Superior Incompleta  
 Educação Superior Completa

Município de Guatambu – SC

Rua Manoel Rolim de Moura, nº 825 – CEP.89.817-000

[www.guatambu.sc.gov.br](http://www.guatambu.sc.gov.br) – e-mail: [peçoal@guatambu.sc.gov.br](mailto:peçoal@guatambu.sc.gov.br)

(49) 3336.0102



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

- Pós-Graduação Completa  
 Mestrado Completo  
 Doutorado Completo

\*Tipo Sanguíneo:

- A  
 B  
 AB  
 O

\*Fator RH:

- Positivo  
 Negativo

**DADOS DE NASCIMENTO**

\*Data de Nascimento :

\*Município de Nascimento:  UF:  País:

\*Nome da Mãe:

Nome do Pai:

**DOCUMENTOS**

**CARTEIRA DE TRABALHO (CTPS)**

\*Número da CTPS:  Série:  UF:

Data de Expedição:

**REGISTRO GERAL (RG)**

Número do RG:  Órgão Emissor:

Data da Expedição:

**REGISTRO NACIONAL DE ESTRANGEIRO (RNE)**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

Número do RNE: <input type="text"/>	Órgão Emissor: <input type="text"/>	
Emissão RNE: <input type="text"/>	Validade RNE: <input type="text"/>	
Nº CTPS/Série: <input type="text"/>	Validade CTPS: <input type="text"/>	
Expedição CTPS: <input type="text"/>		
<b>TITULO DE ELEITOR</b>		
Número do Título de Eleitor: <input type="text"/>	Zona: <input type="text"/>	Seção: <input type="text"/>
Data de Emissão: <input type="text"/>		
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	
<b>ÓRGÃO DE CLASSE (OC)</b>		
Número do Órgão de Classe: <input type="text"/>	Órgão Emissor: <input type="text"/>	
Data de Emissão: <input type="text"/>	Data de Validade: <input type="text"/>	
<b>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH)</b>		
Número do Registro da CNH: <input type="text"/>	Data de Emissão: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
Data de validade: <input type="text"/>		
Data da primeira Habilitação: <input type="text"/>	Categoria CNH: <input type="text"/>	
<b>CARTEIRA DE RESERVISTA</b>		
Número da Carteira de Reservista: <input type="text"/>	Série da Reservista: <input type="text"/>	
Categoria: <input type="text"/>	Data de Emissão: <input type="text"/>	
Cidade / UF: <input type="text"/>		
<b>COMPLEMENTO</b>		
<b>CERTIDAO DE CASAMENTO</b>		
Nome do Cartório: <input type="text"/>		
Numero do Registro: <input type="text"/>	Numero do Livro: <input type="text"/>	
Numero da Folha: <input type="text"/>	Data de Entrada da Certidão: <input type="text"/>	



ENDEREÇO		
*Nome Logradouro:	<input type="text"/>	
*Número:	<input type="text"/>	Complemento: <input type="text"/>
*Bairro:	<input type="text"/>	
*Município:	<input type="text"/>	
*CEP:	<input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
		Tipo de Logradouro: <input type="text"/>
TRABALHADOR ESTRANGEIRO (PREENCHER APENAS SE TRATAR-SE DE ESTRANGEIRO)		
Data da chegada ao Brasil:	<input type="text"/>	
Classificação da Condição:		
<input type="checkbox"/>	Visto permanente	
<input type="checkbox"/>	Visto temporário	
<input type="checkbox"/>	Asilado	
<input type="checkbox"/>	Refugiado	
<input type="checkbox"/>	Solicitante de Refúgio	
<input type="checkbox"/>	Residente em país fronteiro ao Brasil	
<input type="checkbox"/>	Deficiente físico e com mais de 51 anos	
<input type="checkbox"/>	Com residência provisória e anistiado, em situação irregular	
<input type="checkbox"/>	Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros	
<input type="checkbox"/>	Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul	
<input type="checkbox"/>	Dependente de agente diplomático e/ou consular de países que mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil	
<input type="checkbox"/>	Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa	
Casado com brasileiro:		
<input type="checkbox"/>	Sim	
<input type="checkbox"/>	Não	
Tem filhos brasileiros:		
<input type="checkbox"/>	Sim	
<input type="checkbox"/>	Não	
TRABALHADOR COM DEFICIÊNCIA (PREENCHER APENAS SE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA)		
*Indicar se é Portador de Deficiência:	<input type="text"/>	



ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

- Sim  
 Não

\*Que tipo de deficiência (em caso positivo):

- Física  
 Visual  
 Auditiva  
 Mental  
 Intelectual

**INFORMAÇÕES DE READAPTAÇÃO (PREENCHER APENAS EM CASO DE READAPTAÇÃO)**

Reabilitado (INSS):

- Sim  
 Não

Readaptado (RPPS):

- Sim  
 Não

**DEPENDENTES (SALÁRIO FAMÍLIA E/OU IMPOSTO DE RENDA)  
(Preencher tantos quanto forem a quantidade de dependentes)**

**DEPENDENTE 1**

\*Qualidade do dependente:

- Salário Família  
 Imposto de Renda

\*Tipo de Dependente:

- Cônjuge  
 Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho  
 Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos  
 Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 (vinte e um) anos  
 Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho

Município de Guatambu – SC

Rua Manoel Rolim de Moura, nº 825 – CEP.89.817-000

[www.guatambu.sc.gov.br](http://www.guatambu.sc.gov.br) – e-mail: [peessoal@guatambu.sc.gov.br](mailto:peessoal@guatambu.sc.gov.br)

(49) 3336.0102



ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial
- A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador
- Ex-cônjuge que receba pensão de alimentos

\*Nome do Dependente:

\*Data Nascimento do Dependente:

\*CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos):

**DEPENDENTE 2**

\*Qualidade do dependente:

- Salário Família
- Imposto de Renda

\*Tipo de Dependente:

- Cônjuge
- Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos
- Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos
- Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos
- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 (vinte e um) anos
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial
- A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador
- Ex-cônjuge que receba pensão de alimentos

\*Nome do Dependente:

\*Data Nascimento do Dependente:

\*CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos):

Município de Guatambu – SC

Rua Manoel Rolim de Moura, nº 825 – CEP.89.817-000

[www.guatambu.sc.gov.br](http://www.guatambu.sc.gov.br) – e-mail: [peessoal@guatambu.sc.gov.br](mailto:peessoal@guatambu.sc.gov.br)

(49) 3336.0102



**DEPENDENTE 3**

\*Qualidade do dependente:

- Salário Família  
 Imposto de Renda

\*Tipo de Dependente:

- Cônjuge  
 Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho  
 Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos  
 Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 (vinte e um) anos  
 Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho  
 Pais, avós e bisavós  
 Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial  
 A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador  
 Ex-cônjuge que receba pensão de alimentos

\*Nome do Dependente:

\*Data Nascimento do Dependente:

\*CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos):

**DEPENDENTE 4**

\*Qualidade do dependente:

- Salário Família  
 Imposto de Renda

\*Tipo de Dependente:

- Cônjuge  
 Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos  
 Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos



ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 (vinte e um) anos
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial
- A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador
- Ex-cônjuge que receba pensão de alimentos

\*Nome Dependente:

\*Data Nascimento do Dependente:

\*CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos):

#### DEPENDENTE 5

\*Qualidade do dependente:

- Salário Família
- Imposto de Renda

\*Tipo de Dependente:

- Cônjuge
- Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos
- Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos
- Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos
- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 (vinte e um) anos
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho
- Pais, avós e bisavós
- Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial
- A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador
- Ex-cônjuge que receba pensão de alimentos

Município de Guatambu – SC

Rua Manoel Rolim de Moura, nº 825 – CEP.89.817-000

[www.guatambu.sc.gov.br](http://www.guatambu.sc.gov.br) – e-mail: [peessoal@guatambu.sc.gov.br](mailto:peessoal@guatambu.sc.gov.br)

(49) 3336.0102





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

\*Nome Dependente:

\*Data Nascimento do Dependente:

\*CPF do Dependente (Obrigatório para maiores de 14 anos):

**APOSENTADORIA**

Recebe benefício de aposentadoria por contribuição ou idade?

- Sim  
 Não

Por qual regime previdenciário?

- RGPS (INSS)  
 RPPS (Fundo de Previdência)

Data de Aposentadoria:

**INFORMAÇÕES CONTATO (DADOS DE CONTATO DO PRÓPRIO SERVIDOR)**

Telefone residencial:

Telefone celular:

Telefone alternativo (caso possua mais de um número):

Email:

Email alternativo (caso possua mais de um email):