



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

**EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 01/2024 DA CHAMADA PÚBLICA EMERGENCIAL
Nº 007/2024**

Mediante o presente **EDITAL DE CHAMAMENTO DA CHAMADA PÚBLICA EMERGENCIAL Nº 07/2024** 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 I, para **comparecer** na Prefeitura Municipal de Guatambu, localizada na Rua Manoel Rolim de Moura, 825, Centro, **no período de 26 de junho de 2024 até 28 de junho de 2024**, impreterivelmente no seguinte horário: 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 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 Concurso Público nº 01/2021, 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

NOME DO(A) CONVOCADO(A)	CARGO	CARGA HORÁRIA
ELIANE MACHADO DE PAULA	TÉCNICO EM HIGIÊNE DENTAL	40h
TANIA MARIA DOS SANTOS MARQUETTI	TÉCNICO EM HIGIÊNE DENTAL	40H

Guatambu –S/C, 25 de junho 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

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

NOME	
CARGO	
CARGA HORÁRIA	
REGIME	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 último 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.				

Município de Guatambu – SC

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

www.guatambu.sc.gov.br – e-mail: peessoal@guatambu.sc.gov.br

(49) 3336.0102



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**



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 algum 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 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 2024.

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



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)

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



ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

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 – e-mail: peessoal@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)

Município de Guatambu – SC

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

www.guatambu.sc.gov.br – e-mail: peessoal@guatambu.sc.gov.br

(49) 3336.0102



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"/>		
TITULO DE ELEITOR		
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"/>	
ÓRGÃO DE CLASSE (OC)		
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"/>	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH)		
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"/>	
CARTEIRA DE RESERVISTA		
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"/>		
COMPLEMENTO		
CERTIDAO DE CASAMENTO		
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"/>	



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

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 mantêm 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:		



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 – e-mail: 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 – e-mail: peessoal@guatambu.sc.gov.br

(49) 3336.0102



ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FAZENDA E PLANEJAMENTO

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

Município de Guatambu – SC

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

www.guatambu.sc.gov.br – e-mail: pessoal@guatambu.sc.gov.br

(49) 3336.0102



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 – e-mail: pessoal@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):