



EDITAL Nº 824, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2025

**CHAMAMENTO PARA CONTRATAÇÃO  
TEMPORÁRIA DE ACORDO COM A  
CLASSIFICAÇÃO DO PROCESSO  
SELETIVO SIMPLIFICADO 391/2025**

O **PREFEITO MUNICIPAL DE CAPÃO DA CANOA**, no uso de suas atribuições legais, bem como, nos termos da Lei Municipal nº 3.991, de 18/06/2025, apresenta o **CHAMAMENTO** para contratação temporária, para manifestar-se no prazo de 03 (três) dias úteis, os(as) candidatos(as) abaixo relacionados(as) para os cargos de **(06) AGENTE DE OBRAS E MANUTENÇÃO, (01) AGENTE DE APOIO ADMINISTRATIVO** e **(01) MOTORISTA DE VEÍCULOS LEVES** de acordo com a Classificação homologada por meio do Edital nº 402, de 01 de julho de 2025, do Processo Seletivo Simplificado nº 391, de 05 de junho de 2025.

**CARGO: AGENTE DE OBRAS E MANUTENÇÃO**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME                             |
|---------------|----------------------------------|
| 141           | KAREN LÉIA VIEIRA ALVES          |
| 142           | LUANA GABRIELA CARPES MACHADO    |
| 143           | LUANA MARIA MOTA GERALDO         |
| 144           | LUCAS GERMANO VIEIRA SOARES      |
| 145           | MARCELO MOURA DA CUNHA           |
| 146           | MARIA TEREZINHA VIEIRA ALEXANDRE |

**CARGO: AGENTE DE APOIO ADMINISTRATIVO**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME                       |
|---------------|----------------------------|
| 20            | MARCIO GIANICHINI SILVEIRA |

**CARGO: MOTORISTA DE VEÍCULOS LEVES**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME                  |
|---------------|-----------------------|
| 6             | VANESSA LIMA DA SILVA |



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO DA CANOA**  
**SECRETARIA DE GESTÃO, INOVAÇÃO E PLANEJAMENTO**

O(a) convocado(a) fica obrigado a protocolar sua confirmação de aceite no site da Prefeitura Municipal de Capão da Canoa, abrindo um novo protocolo pelo link "PROTOSCOLOS" com o assunto "**Processo Seletivo – Cargo Referido**" com a documentação exigida nos anexos desta publicação.

O não envio das documentações ou falta de pronunciamento dentro do prazo estipulado neste Edital acarretará na perda da sua classificação no Processo Seletivo.

Capão da Canoa, 11 de dezembro de 2025.

Registra-se e publica-se.

**MARCOS JONES FEIJÓ CARDOSO**

Secretário de Gestão, Inovação  
e Planejamento

**VALDOMIRO DE MATOS NOVASKI**

Prefeito Municipal

12 DE ABRIL DE 1982

**CAPÃO DA CANOA**

**ANEXO I**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATAÇÃO\***

|   |
|---|
| Carteira de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação  |
| CPF   |
| Cartão do NIS – PIS/PASEP   |
| Carteira de Trabalho  |
| Comprovante de Residência   |
| Certidão de Nascimento de filhos menores de 14 anos   |
| RG e CPF dos filhos menores de 14 anos  |
| Comprovante de Escolaridade: Certificado ou Diploma de conclusão, conforme a exigência para provimento do cargo   |
| Certificado de Reservista, (sexo masculino), 18 a 45 anos   |
| Título de Eleitor   |
| Certidão de Quitação Eleitoral (emitida pelo Cartório Eleitoral ou via aplicativo do e-Título)  |
| Certidão Judicial Criminal Negativa Estadual e Federal  |
| Atestado de Saúde Ocupacional – ASO   |
| Ficha de Cadastro preenchida e assinada (Anexo I)   |
| Declaração com a relação de bens patrimoniais (Anexo II)  |
| Declaração do IRPF - Em caso de declaração do Imposto de Renda, favor anexar comprovante. Na ausência de declaração, essa informação deverá constar no protocolo. |
| Declaração negativa de Acúmulo de Cargos, Funções, Aposentadorias ou Empregos Públicos (Anexo III)  |
| Autodeclaração Étnica, Racial e Social (Anexo V)  |
| Uma foto 3x4  |

**\*De acordo com o Decreto Municipal nº  
001/2025 e suas alterações.**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO DA CANOA**  
**SECRETARIA DE GESTÃO, INOVAÇÃO E PLANEJAMENTO**

**ANEXO I**

**FICHA CADASTRAL**

| <b>DADOS PESSOAIS</b>   |               |                 |               |                 |                |
|---|---------------|-----------------|---------------|-----------------|----------------|
| NOME DO SERVIDOR:   |               |                 |               |                 |                |
| NOME SOCIAL (SE HOUVER):  |               |                 |               |                 |                |
| NOME DO PAI:  |               |                 |               |                 |                |
| NOME DA MÃE:  |               |                 |               |                 |                |
| DATA NASC.:   | NATURALIDADE: | TIPO SANGUÍNEO: | SEXO:         | FEM:            | MASC:<br>OUTRO |
| <b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>   |               |                 |               |                 |                |
| RUA:  |               |                 |               |                 | Nº             |
| BAIRRO:   |               |                 | COMPLEMENTO:  |                 |                |
| CIDADE:   |               | UF:             | CEP:          |                 |                |
| TELEFONE:   |               |                 | EMAIL:        |                 |                |
| <b>CASO DE EMERGÊNCIA CONTATO FAMILIAR</b>  |               |                 |               |                 |                |
| NOME:   |               |                 |               | TELEFONE:       |                |
| RUA:  |               |                 |               |                 | Nº             |
| BAIRRO:   |               |                 | COMPLEMENTO:  |                 |                |
| CIDADE:   |               | UF:             | CEP:          |                 |                |
| <b>DADOS PESSOAIS</b>   |               |                 |               |                 |                |
| PIS/PASEP:  |               | CPF:            | DOADOR:       | SIM             | NÃO            |
| RG:   |               | ÓRGÃO EMISSOR:  | DATA EMISSÃO: |                 |                |
| CARTEIRA DE TRABALHO:   |               |                 | SÉRIE:        | UF:             |                |
| CNH:  |               | CATEGORIA:      | VENC:         |                 |                |
| TÍTULO ELEITORAL:   |               |                 | ZONA:         | SEÇÃO           |                |
| <b>RAÇA</b>   |               |                 |               |                 |                |
| ÍNDÍGENA  |               | BRANCA          |               | PRETA           |                |
|   |               |                 |               | PARDA           | OUTROS:        |
| <b>COR DOS OLHOS</b>  |               |                 |               |                 |                |
| PRETO   |               | CASTANHO        |               | AZUL            |                |
|   |               |                 |               | VERDE           | OUTROS:        |
| <b>ESCOLARIDADE</b>   |               |                 |               |                 |                |
| ENSINO FUNDAMENTAL  |               | ENSINO MÉDIO    |               | ENSINO SUPERIOR |                |
| • Responsabilizo-me pela veracidade das informações por mim prestadas neste formulário. |               |                 |               |                 |                |

Capão da Canoa, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura





ANEXO III

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE ACÚMULO DE CARGOS, FUNÇÕES,  
APOSENTADORIAS OU EMPREGOS PÚBLICOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) em \_\_\_\_\_, venho, por meio desta, declarar para os devidos fins que:

1. **Não acumulo** cargo(s), função(ões), aposentadoria(s) ou emprego(s) público(s) em desacordo com as disposições constitucionais e legais, especialmente no que tange ao artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal, que trata do acúmulo de cargos públicos.
2. Estou ciente das normas legais que regem o acúmulo de cargos públicos e declaro que, até a presente data, **não exerço mais de um cargo ou função pública**, salvo nas exceções previstas na Constituição Federal, tais como:
  - o Acúmulo de cargos de professor com cargo técnico ou científico (art. 37, inciso XVI, "b");
  - o Acúmulo de dois cargos de profissionais da saúde (art. 37, inciso XVI, "c");
  - o Outras exceções previstas em lei específica.
3. Caso venha a acumular cargos, funções ou empregos públicos, comprometo-me a informar imediatamente à [nome do órgão ou entidade] e à [órgão ou entidade em que o servidor está vinculado], a fim de regularizar minha situação conforme a legislação vigente.
4. Declaro também que **não recebo remuneração oriunda de aposentadoria** em cargo público que impeça a acumulação com outro cargo ou função, de acordo com as normativas de aposentadoria no serviço público.

**Declaro, para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente das penalidades legais em caso de omissão ou falsidade.**

Capão da Canoa/RS \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura.



ANEXO V

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICA, RACIAL E SOCIAL

Eu \_\_\_\_\_,  
nome social (se houver) \_\_\_\_\_,  
estado civil \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) na Rua/Avenida \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_,  
na cidade de \_\_\_\_\_ no Estado \_\_\_\_\_,  
grau de instrução (escolaridade) \_\_\_\_\_  
e profissão \_\_\_\_\_

**AUTODECLARO** para os devidos fins e sob as penas da Lei em conformidade com a classificação do IBGE e em atendimento aos Art. 39, §8º, da Lei Federal nº 12.888/2010 (Incluído pela Lei Federal nº 14.553, de 2023), que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, e que, na hipótese de declaração falsa estarei sujeito(a) às sanções legais, previstas no parágrafo único do art. 10 do Decreto nº 83.936, de 6 de setembro de 1979, e legislação correlata. **Estou ciente** de que a omissão ou a apresentação de informações, declarações e/ou documentos falsos ou divergentes poderão implicar na reprovação, na desclassificação, na não admissão ou na demissão/exoneração, em Processo Seletivo Simplificado/Concurso Público ou outra espécie de nomeação, que sou:

- (  )Branco(a)  
(  )Preto(a)  
(  )Amarelo(a)  
(  )Indígena  
(  )Pardo(a)  
(  )Masculino  
(  )Feminino  
(  )Outro \_\_\_\_\_ (descrever)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal (se candidato menor de 18 anos)