

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## EDITAL DE NOMEAÇÃO Nº 001/2026 CONCURSO PÚBLICO – EDITAL Nº 03/2025

A **PREFEITURA DE ILHA COMPRIDA**, Estado de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação vigente, **CONVOCA** o(s) candidato(s) habilitado(s) e aprovado(s), conforme relação constante no ANEXO I deste Edital, com vistas à nomeação e posse do(s) respectivo(s) cargo(s), observadas as seguintes condições:

### 1 DA ASSINATURA DO TERMO DE INTERESSE NA VAGA E ENTREGA DOS DOCUMENTOS

1.1. O(s) candidato(s) relacionado(s) no ANEXO I deste edital, após a presente convocação, deverá(ão) comparecer na **Divisão de Recursos Humanos**, situada na Avenida Beira Mar, 11.000, Balneário Meu Recanto, Ilha Comprida/SP, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, no horário compreendido das **08h às 12h ou 13:00h às 17h**, para assinar o termo de interesse na vaga.

1.2. Manifestado o interesse na vaga, o candidato terá até 15 (quinze) dias úteis para entregar a documentação relacionada no ANEXO II deste edital.

1.3. Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento constante do ANEXO II e III acarretará o não cumprimento da exigência do item 1.

1.4. O não comparecimento nos termos do item 1 acima implicará a renúncia tácita do convocado e, conseqüentemente, a perda do direito à nomeação ao cargo para o qual o candidato foi aprovado.

### 2 DOS EXAMES MÉDICOS

2.1. Somente poderá ser empossado em cargo público aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo. O exame médico avaliará a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades do cargo público que irá ocupar.

2.2. Eventuais candidatos portadores de necessidades especiais convocados neste edital, além de atender ao que determina o item 2, deverão apresentar laudo e/ou atestado médico identificando o tipo de deficiência ou disfunção devidamente atualizado (prazo máximo de 30 dias)

### 3. DOS ATOS DE NOMEAÇÃO

3.1. A publicação dos atos de nomeação se dará por meio de edital, obedecendo a legislação vigente.

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## 4. DA POSSE

4.1. Cumpridas as exigências constantes do item 3 deste Edital, o candidato deverá se apresentar em 3(três) dias úteis na Prefeitura de Ilha Comprida para ser empossado e receber instruções sobre o local de trabalho para o qual será designado.

4.2. Da data da posse, o candidato terá 01 dia útil para apresentar-se no seu local de trabalho, devendo o servidor iniciar suas atividades funcionais imediatamente a sua apresentação, que será atestada pelo Diretor do departamento à qual ficará subordinado.

Ilha Comprida, 07 de maio de 2026

Maristela Osorio de Marques Cardona  
Prefeita de Ilha Comprida

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO I – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026 CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025 RELAÇÃO DE CANDIDATOS

### **CARGO 208 - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – USF CENTRAL**

<b>INSCRIÇÃO Nº</b>	<b>NOME DO(A) CANDIDATO(A)</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
10626000020	CAMILA LEMOS RIBEIRO GOMES	1º

### **CARGO 209 – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – USF DORALICE**

<b>INSCRIÇÃO Nº</b>	<b>NOME DO(A) CANDIDATO(A)</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
10626000173	GIOVANNI FABRÍCIO DEZEN PEDROSO	1º

### **CARGO 210 – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – USF VIARÉGGIO**

<b>INSCRIÇÃO Nº</b>	<b>NOME DO(A) CANDIDATO(A)</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
10626000386	CHARLES SILVA FERREIRA	1º

### **CARGO 211 – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – MEU RECANTO**

<b>INSCRIÇÃO Nº</b>	<b>NOME DO(A) CANDIDATO(A)</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
10626000321	VERÔNICA CRISTINA SILVA DA ROSA	1º

### **CARGO 212 – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ARAÇÁ**

<b>INSCRIÇÃO Nº</b>	<b>NOME DO(A) CANDIDATO(A)</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
10626000343	GABRIELA TESCARO FAGUNDES	1º

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026 CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025 RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

1. Inscrição no PIS/PASEP atualizado;
2. 01 (uma) foto 3x4 recente;
3. Comprovante de residência atualizado;
4. Certidão Negativa de Antecedentes Criminais e Certidão de Execuções Criminais – Sistema SIVEC (TJSP);
5. Carteira Oficial de Identidade (RG ou RNE) e Cadastro de Pessoa Física (CPF);
6. Título de Eleitor e último comprovante de votação;
7. Carteira de Reservista (se do sexo masculino) ou Certificado de Dispensa da Incorporação;
8. Certidão de Nascimento, se Solteiro(a); OU Certidão de Casamento e/ou Declaração de União Estável, Carteira Oficial de Identidade (RG ou RNE) do cônjuge ou companheiro(a);
9. Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 (dezoito) anos e Cadastro de Pessoa Física (CPF) aos maiores de 08 (oito) anos;
10. Declaração de bens ou última Declaração de Imposto de Renda;
11. Declaração de dependentes para efeitos de Imposto de Renda;
12. Diploma ou Histórico Escolar autenticado (quando o cargo exigir);
13. Registro no Conselho de Classe (quando o cargo exigir);
14. Declaração de acúmulo de Cargos e Declaração de vínculo e/ou exoneração de outros Órgãos Públicos;
15. Declaração de não estar respondendo a processo relativo ao exercício da profissão;  
e
16. Declaração de antecedentes de saúde para o ingresso no Serviço Público.

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II– EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026  
CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025

## TERMO DE INTERESSE NO CARGO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, frente à aprovação no Concurso Público (Edital nº 001/2025) da Prefeitura Municipal de Ilha Comprida – SP, **CONFIRMO O INTERESSE** na vaga de \_\_\_\_\_, nos termos da legislação municipal vigente.

Ilha Comprida, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026  
CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025

## TERMO DE NÃO INTERESSE NO CARGO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, frente à aprovação no Concurso Público n.º 01/2025, do Município de Ilha Comprida - SP, **DECLARO NÃO TER INTERESSE** de tomar posse no cargo de \_\_\_\_\_.

Ilha Comprida, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do candidato

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026  
CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025

## DECLARAÇÃO DE NÃO ESTAR RESPONDENDO A PROCESSO RELATIVO AO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº  
\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que no exercício de cargo  
ou função pública, não sofri penalidade disciplinares, inclusive, as previstas na Lei  
Complementar nº 135/2010 (Lei da Ficha Limpa), conforme legislação aplicável.

E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Ilha Comprida, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do candidato

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026 CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025 DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo  
assinado, candidato ao cargo de \_\_\_\_\_, portador da Cédula de  
Identidade Registro Geral nº \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ e  
CPF/MF nº \_\_\_\_\_,

Declaro não possuir bens

Declaro possuir os bens constantes da relação abaixo:

- 01 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 02 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 03 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 04 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 05 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 06 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 07 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 08 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 09 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_
- 10 - \_\_\_\_\_, no valor de R\$ \_\_\_\_\_

.Por ser a expressão da verdade, firmo a presente Declaração.

Ilha Comprida, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026  
CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025

## DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS E VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,

em relação à posse do cargo \_\_\_\_\_ **DECLARO:**

1. Para fins do contido no §14 do art. 37 da Constituição Federal de 1988.

( ) não sou aposentado      ( )sou aposentado por tempo de contribuição decorrente de  
cargo, emprego ou função pública.

2. Para fins do contido nos incisos XVI, XVII e do §14 do art. 37 da Constituição Federal  
de 1988, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada, que:

( ) não exerço      ( ) exerço  
( ) outro cargo      ( ) emprego      ( ) função pública

Os campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública.

### 1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/CARGO

Unidade: _____	Fone: _____
_____	Endereço: _____
_____	Bairro: _____
_____	Cidade: _____
Cargo/Emprego/Função: _____	Regime Jurídico: _____

### 2– HORÁRIO DE TRABALHO

Dia da Semana	Horário		
2ª-feira	das	às	horas
3ª-feira	das	às	horas
4ª-feira	das	às	horas

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



5ª-feira	das	às	horas
6ª-feira	das	às	horas
Sábado	das	às	horas
Domingo	das	às	horas
<b>Total da carga horária semanal:</b>			

Esclareço que a distância entre as unidades em que vou atuar é de aproximadamente \_\_\_\_\_ km e que utilizarei \_\_\_\_\_ como meio de transporte, gastando no percurso \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos.

Caso venha a assumir vínculo nestas condições ou alterar as informações hora prestadas, assumo o compromisso de comunicar esta Divisão de Recursos Humanos no prazo máximo de 5 (cinco) dias.

, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**OBS.:** O cargo, emprego ou função pública compreende todo aquele exercido na Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026  
CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025

## DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA EFEITOS DE IMPOSTO DE RENDA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, declaro, em obediência à Legislação do Imposto de Renda, que tenho como encargo de família as pessoas abaixo relacionadas:

NOME COMPLETO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	CPF

Declaro sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a VS<sup>a</sup> qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Ilha Comprida, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026  
CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025

## DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES DE SAÚDE

ANTECEDENTES PESSOAIS					
	SIM	NÃO		SIM	NÃO
A sua saúde tem sido boa? SE NÃO, POR QUÊ?			Você tem hipertensão arterial? SE SIM, FAZ TRATAMENTO? FAZ USO DE MEDICAÇÃO?		
Faz uso de bebidas alcoólicas? SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?			Já sofreu convulsões ou desmaios? SE SIM, QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Você fuma? SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?			Já sofreu acidentes graves ou fraturas? SE SIM, QUAL?		
Esteve internado para tratamento? SE SIM, QUAL O MOTIVO?			Já teve doenças de pulmões ou brônquios? SE SIM, QUAL? FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Já foi operado alguma vez? SE SIM, QUAL O MOTIVO?			Já sofreu doenças renais ou urinárias? SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Já fez tratamento psiquiátrico? SE SIM, POR QUANTO TEMPO? FAZ ACOMPANHAMENTO? FAZ USO DE MEDICAÇÃO? QUAL?			Você é diabético? SE SIM, DESDE QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Já fez uso de tóxicos? SE SIM, QUAL E POR QUANTO TEMPO?			Já teve úlcera ou gastrite? SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Faz uso contínuo de alguma medicação? SE SIM, QUAL? DESDE QUANDO?			Já teve doença venérea?		
Faz uso de lentes corretivas? (óculos/ lentes de contato) SE SIM, COMPARECER À PERÍCIA MUNIDO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA (RECEITA)			Já fez cirurgia oftalmológica? SE SIM, QUAL O MOTIVO?		
Já teve doença cardíaca? SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?			Procurou médico nos últimos 2 anos? SE SIM, POR QUAL MOTIVO?		
Já tirou licença médica? SE SIM, QUAL O MOTIVO?					

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



Mencione todas as doenças que você teve nos últimos 5 anos:

---

---

---

PARA MULHERES					
	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Já se submeteu a cirurgia ginecológica?			Tem fluxo excessivo?		
As menstruações são normais?			Faz consultas ginecológicas periódicas?		
Você tem cólicas?			Qual a data da última menstruação?		
Antecedentes obstétricos:					
Esclarecimentos:					

ANTECEDENTES FAMILIARES		
PARENTESCO	IDADE	CONDIÇÕES DE SAÚDE OU CAUSA MORTE
Pai		
Mãe		
Cônjuge		
PARENTESCO	NÚMERO	CONDIÇÕES DE SAÚDE OU CAUSA MORTE
Filhos		
Irmãos		
Tem havido na família casos de TUBERCULOSE, DIABETES, ASMA, CÂNCER, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA CARDÍACA, EPILEPSIA, DOENÇAS MENTAIS, ALCOOLISMO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, RINS POLICÍSTICOS?		

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei que as informações acima são verdadeiras.

Ilha Comprida, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

# Município de Ilha Comprida Estância Balneária



## ANEXO II – EDITAL DE NOMEAÇÃO N.º 001/2026 CONCURSO PÚBLICO N.º 003/2025

FICHA DE CADASTRO DE SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL									
NOME:					NOME SOCIAL:				
NOME DO PAI:									
NOME DA MÃE:									
RAÇA/CORA: <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> NEGRA/PRETA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> PARDA				ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> OUTROS					
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	NATURALIDADE:			UF:	NACIONALIDADE:			
ENDEREÇO:						NÚMERO:			
BAIRRO:			CIDADE:			ESTADO:			
COMPLEMENTO:						CEP:			
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> CURSO TÉCNICO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR C/ ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> SUPERIOR C/ MESTRADO <input type="checkbox"/> SUPERIOR C/ DOUTORADO									
Nº IDENTIDADE:			ÓRGÃO EMISSOR:		DATA EXPEDIÇÃO:			UF:	
TÍTULO DE ELEITOR:			SEÇÃO:	ZONA:	UF:	CPF:			
TELEFONE 1:	TELEFONE 2:		TELEFONE CONTATO:		E-MAIL:				
PIS/PASEP:			CARTEIRA DE HABILITAÇÃO:			CATEGORIA:			
<b>DEPENDENTES:</b>									
NOME		DATA DE NASCIMENTO		SEXO		GRAU DE PARENTESCO		CPF	
		/ /		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
		/ /		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
		/ /		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
		/ /		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
		/ /		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
		/ /		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					

Ilha Comprida, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura