

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS/2021
EDITAL N.º 02/2021

33ª CONVOCAÇÃO
DE 26 DE JULHO DE 2022

A Prefeitura Municipal de São Cristóvão, por meio da Secretaria Municipal de Educação – SEMED, **CONVOCA** os candidatos abaixo, classificados no Processo Seletivo Simplificado – PSS, Edital nº 02/2021, para suprir demandas da rede municipal de ensino, por meio de contratação em caráter temporário, a comparecerem na Secretaria Municipal de Educação, localizada na Rua Messias Prado, nº 79 – São Cristóvão/SE, no período de **26 de julho a 01 de agosto de 2022, das 09 às 14 horas, munidos dos documentos listados no Anexo I.** (em caso de recair em feriado ou ponto facultativo, o primeiro dia útil subsequente será a data válida).

PROFESSOR SUBSTITUTO - PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL E ANOS INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL		
Nº DE INSCRIÇÃO	NOME	CLASSIFICAÇÃO
3344	ANA ELISABETE SANTOS DE CASTRO	209º
0955	ALEXSANDRA LIMA SOUSA	210º
2880	ADRIANA SANTANA CAIXO	211º
0702	MÁRCIA DE MESQUITA CARDOSO	212º
2273	ANA PAULA LEMOS DE MIRANDA	213º
3675	ELAINE GOMES SOUZA	214º
2128	GISLEIDE ALMEIDA LIMA AMORIM	215º
3746	ANA MARTA SILVA DOS SANTOS	216º
1879	ELYVANIA KARDEC CRUZ DOS SANTOS DE OLIVEIRA	217º
VAGAS DESTINADAS A CANDIDATO(A) AFRODESCENDENTE		
Nº DE INSCRIÇÃO	NOME	CLASSIFICAÇÃO
2638	GARDENIA BARRETO SANTOS	63º
2829	JOSICLEIDE RORIGUES SANTOS	64º

PROFESSOR SUBSTITUTO – MATEMÁTICA		
VAGAS DESTINADAS A CANDIDATO(A) DEFICIENTE		
Nº DE INSCRIÇÃO	NOME	CLASSIFICAÇÃO
2644	VALFRAN JOSE SANTOS ANDRADE	1º
2557	KALIANE ALVES SANTANA LOPES	2º

PROFESSOR SUBSTITUTO – CIÊNCIAS		
VAGAS DESTINADAS A CANDIDATO(A) DEFICIENTE		
Nº DE INSCRIÇÃO	NOME	CLASSIFICAÇÃO
0834	ÍTALO FERNANDO LISBOA DE MELO	1º

Gabinete da Secretária Municipal da Educação em São Cristóvão, em 26 de julho de 2022.

DEISE MARIA BARROSO
Secretária Municipal de Educação

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS/2021
EDITAL N.º 02/2021**

**33ª CONVOCAÇÃO
DE 26 DE JULHO DE 2022**

ANEXO I

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO

- [] Cadastro de Pessoa Física - CPF;
 - [] Comprovante de Inscrição no PIS/PASEP;
 - [] Carteira de trabalho, página da foto e do verso;
 - [] Cédula de Identidade ou documento oficial com foto (CNH/profissional/passaporte);
 - [] Título de Eleitor e último comprovante de votação ou justificativa;
 - [] Certificado de Reservista ou outro documento que comprove a quitação das obrigações militares, se do sexo masculino;
 - [] Certidão de Casamento, se casado (a);
 - [] Declaração Negativa de Acumulação de Cargo Público com Órgão da Administração Direta e Indireta, observadas as disposições contidas no art. 37, incisos XVI e XVII, todos da Constituição Federal (formulário é emitido pelo Município de São Cristóvão, devendo ser assinado no ato de entrega da documentação);
 - [] Declaração Negativa de contrato temporário (formulário é emitido pelo Município de São Cristóvão, devendo ser assinado no ato de entrega da documentação);
 - [] 02(duas) fotos atuais, tamanho 3X4;
 - [] No caso de candidato de nacionalidade portuguesa, documento comprobatório da igualdade de direitos e obrigações;
 - [] Candidato de outra nacionalidade, documento comprobatório de nacionalização;
 - [] Atestado de Antecedentes Criminais
<http://antecedentes.ssp.se.gov.br/antecedentes/>
 - [] Certidão Negativa do Estado
<https://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/certidao-online/solicitacao-de-certidao-negativa>
 - [] Certidão Negativa Criminal, Cível e Penal
<https://consulta2.jfse.jus.br/certidaonegativa/emissaocertidao.aspx>
- (A emissão do Atestado e das Certidões devem ser do Estado em que o candidato teve domicílio nos últimos 05 (cinco) anos;)
- [] Diploma ou certificado de conclusão de curso do cargo pretendido;
 - [] Comprovante de residência;
 - [] Cartão do Banco Corrente ou Poupança, exceto conta Fácil e Poupança BANESE.
 - [] Atestado Médico comprovando gozar de boa saúde física e mental, e não ser portador de deficiência incompatível com o exercício do emprego ou função a desempenhar;
 - [] PCD (pessoa com deficiência) juntar Laudo Médico (original e cópia), emitido nos últimos 12 (doze) meses, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como a provável causa da deficiência, contendo a assinatura e carimbo do médico com o número de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).

NOME: _____
TELEFONE: _____
E-MAIL: _____