



EDITAL 003/2024

DATA: 01/04/2024

ESTABELECE AS DIRETRIZES PARA A AMPLIAÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA O PERÍODO INTEGRAL NA EDUCAÇÃO INFANTIL – 1 A 3 ANOS, NA ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL PRIMEIROS PASSOS LOCALIZADA NO BAIRRO SÃO JOSÉ NO MUNICÍPIO DE ITAPOÁ.

ANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA JACINTO, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições e em conformidade com a Constituição Federal de 1988, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9394.96), o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069.90), o Plano Nacional pela Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), o Plano Nacional de Educação (Lei nº 13005/2014) e o Plano Municipal de Educação de Itapoá, torna público pelo presente edital às diretrizes para ampliação de carga horária para o período integral nas turmas de maternal I, II e III **na Escola de Educação Infantil PRIMEIROS PASSOS**, localizada no Bairro São José, no município de Itapoá, para o ano letivo de 2024.

I. DA AMPLIAÇÃO DE CARGA HORÁRIA PARA O PERÍODO INTEGRAL NA ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL PRIMEIROS PASSOS – SÃO JOSÉ

1.1 O Edital de ampliação de carga horária para o período integral na Educação Infantil, oferecido pela Secretaria Municipal de Educação, tem por objetivo atender as crianças de 1(um) a 3 (três) anos já devidamente matriculadas com vaga parcial (½ período) na Escola de Educação Infantil PRIMEIROS PASSOS, localizada no Bairro São José, no município de Itapoá, nas condições estabelecidas neste Edital.

II. DA UNIDADE ESCOLAR DE EDUCAÇÃO INFANTIL PARA ATENDIMENTO:

2.1 O atendimento em período integral será ofertado conforme quadro de vagas abaixo:

QUADRO DE VAGAS		
Unidade Escolar/Bairro	Quantidade de Vagas	
	TURMA	TURNO INTEGRAL
Escola M. E. I. Primeiros Passos São José	MATERNAL I	05
	MATERNAL II	05
	MATERNAL III	05

Observação: a quantidade de vagas discriminada acima consideram todas as turmas (Maternal I, II e III).

III. DAS INSCRIÇÕES

3.1 As inscrições serão realizadas no período de **22 a 25/04/2023**, no horário das 08:00 às 14:00 horas, na Secretaria Municipal de Educação, situado a Rua Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, nº 430, Centro, na cidade de Itapoá.

3.2 No ato da inscrição os pais e ou responsáveis deverão apresentar os seguintes documentos obrigatórios:

- a)** - Observar em qual item de 1 a 23 do Edital no inciso 4.1, a criança se encaixa (comprovar);
- b)** - Formulário de pedido de vaga integral, preenchido corretamente com um ou mais itens e assinado pela mãe, pai e/ou responsável legal;
- c)** - Comprovante de Rendimento dos membros da família;
- d)** - Comprovante de Trabalho;
- e)** - Cópia da certidão de nascimento do aluno;
- f)** - Cópia do comprovante de residência atualizado (últimos três meses), em nome dos pais e/ou responsáveis;
- g)** - Cartão de benefício Bolsa Família/Auxílio Brasil (quando a família é beneficiária);
- h)** - Cópia dos documentos dos pais e/ou responsáveis (RG, CPF e Título de Eleitor);
- i)** - Para a criança com necessidade nutricional específica (alergias, intolerâncias e outras), apresentar o diagnóstico médico;
- j)** - Para a criança com deficiência, transtorno de espectro autista, altas habilidades ou superdotação, apresentar laudo médico;

3.3 Após a data e horário fixado como termo final do prazo para recebimento de inscrição, não serão admitidas quaisquer outras inscrições.

3.4 Em caso de omissão de informações ou denúncias comprovando inverdades por conta dos pais ou responsáveis, a Secretaria Municipal de Educação cancelará a matrícula de vaga para período integral e chamará a próxima criança classificada.

3.5 – Caso não se comprove a situação de vulnerabilidade social, de residência ou do local de trabalho no zoneamento da Escola pretendida, o cadastro será automaticamente cancelado, salvo as exceções legais.

IV. DO PREENCHIMENTO DAS VAGAS E CRITÉRIOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

4.1 – Seguem abaixo, os critérios de vulnerabilidade social, por ordem de prioridade, estabelecidos pela Secretaria Municipal de Educação, adotados para o cadastro de demanda de vagas de período integral na Educação Infantil para as famílias com filhos matriculados nas turmas de Maternal I, II e III da Escola de Educação Infantil Arco Iris localizada no Bairro Pontal do Norte, neste município:

- 1** – A criança com deficiência, microcefalia, ostomizada ou com anemia falciforme, mediante apresentação e validação de laudo técnico emitido pelo médico que acompanha a criança;
- 2** – Família sob Medida Protetiva em Unidade de Acolhimento e/ou Família Acolhedora.
- 3** – Família atendida pelos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) da região;
- 4** – Família em que, pelo menos, um dos pais da criança encontrar-se em espaço prisional; e ou Medida Socioeducativa de Internação, Liberdade Assistida – LA e Prestação de Serviço à comunidade – PSA ou egresso há pelo menos 18 meses de alguns dos itens citados;
- 5** – Família atendida em Centro de Referência da Assistência Social (CRAS);
- 6** – Criança que possui irmão/irmã na Unidade de Ensino pleiteada;
- 7** – Família beneficiária do Programa Bolsa Família;
- 8** – Família inscrita no Cadastro Único – CADÚNICO;
- 9** – Criança com quadro de desnutrição proteico energético grave;
- 10** – Família em que a pessoa responsável legal seja idosa e detentora da guarda da criança;
- 11** – Família em que um dos pais ou responsável pela criança tenha problema de saúde mental comprovado através de laudo médico



- 12 – Família em que, pelo menos, um dos pais da criança estiver em situação de drogadição (substâncias psicoativas, com álcool e outras drogas);
 - 13 – Mãe responsável legal pela criança, chefe de família, onde os seus filhos dependem, exclusivamente, dos recursos obtidos pelo seu trabalho;
 - 14 – Família em que, pelo menos, um dos pais do candidato/Criança for adolescente;
 - 15 – Família em que exista pessoa com deficiência ou doença grave avaliada pela Equipe de Saúde da Família – que resida no mesmo domicílio da criança, mediante laudo médico e comprovante residência;
 - 16 – Criança com diabetes e com relatório médico;
 - 17 – Criança com HIV;
 - 18 – Criança com doenças cardiológicas com relatório médico;
 - 19 – Criança com doenças renais com relatório médico;
 - 20 – Criança com doenças neurológicas com relatório médico;
 - 21 – Mãe e /ou Responsável legal analfabeto;
 - 22 – Mãe e ou Responsável legal com até quatro anos de escolaridade.
 - 23 – Família monoparental (em que a criança resida apenas com um adulto);
- 4.2 – Para comprovar a situação de vulnerabilidade social a mãe, pai e/ou responsável deverá apresentar original e cópias dos documentos da criança no ato do pedido.
- 4.3 – As vagas serão preenchidas de acordo com a disponibilidade descrita no item 2 deste edital.
- 4.4 – No caso de necessidade de desempate no critério de vulnerabilidade, serão priorizadas as crianças na seguinte ordem:
- a) mãe mais jovem do candidato;
 - b) criança mais nova.

V. DO RESULTADO DA SELEÇÃO E DA EXCLUSÃO

- 5.1 – O resultado da seleção das inscrições e o preenchimento das vagas serão divulgados pela Secretaria Municipal de Educação, através do site www.educaitapoa.sc.gov.br no dia **30 de abril de 2024 (3ª feira)**.
- 5.2 – A chamada das vagas deferidas será efetuada nos dias **02 e 03 de maio de 2024 (5ª e 6ª feira)**;
- 5.3 – A criança que não comparecer na Escola Municipal Primeiros Passos entre os dias **02 até 03 de maio de 2024 (6ª feira)** para efetivar a matrícula de período integral, bem como aquela criança que apresentar 05 (cinco) dias consecutivos de faltas sem apresentação de uma justificativa por escrito ou atestado médico à unidade escolar, perderá o direito à vaga de período integral, sendo substituída por outra criança, observando-se a próxima criança classificada.

VI. HORÁRIO DE ATENDIMENTO DO PLANO DE AMPLIAÇÃO DO PERÍODO INTEGRAL

- 6.1 – O horário de atendimento das crianças inscritas no Plano de Ampliação do Período Integral fica estabelecido pela Unidade Escolar de Educação Infantil PRIMEIROS PASSOS.

VII. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1 – O atendimento decorrente do Plano de ampliação do período integral garantirá a matrícula de período integral para o ano letivo de 2024, somente mediante comprovação atualizada das informações no período de rematrícula.



7.2 – A Secretaria Municipal de Educação poderá expedir normas complementares, quando se fizer necessário.

7.3 – As informações prestadas pela mãe, pai e/ou responsável legal da criança por ocasião da realização do cadastro de pedido de vaga em período integral, terão caráter sigiloso.

7.4 – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Matrículas da Secretaria Municipal de Educação, ouvida a Procuradoria-Geral do Município, quando necessário.

7.5 – Este Edital deverá ser publicado no Mural da Secretaria Municipal de Educação e site da Secretaria de Educação www.educaitapoa.sc.gov.br e no site www.itapoa.sc.gov.br

Itapoá, 01 de abril de 2024.

ANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA JACINTO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



ANEXO I

1 - Escola: **ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL PRIMEIROS PASSOS – SÃO JOSÉ**

2 – Identificação do(a) aluno(a):

Nome do aluno(a): _____

Data de Nascimento: _____ Turma matriculada: _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Nome do Responsável legal pelo aluno(a): _____

Grau de Parentesco: _____ Telefone de contato: () _____

Outro telefone de contato: () _____

Solicito vaga em período integral para o aluno descrito acima, sendo que minha família está incluída nos seguintes critérios para atendimento de período integral, sendo:

- 1 – A criança com deficiência, microcefalia, ostomizada ou com anemia falciforme, mediante apresentação e validação de laudo técnico emitido pelo médico que acompanha a criança;
- 2 – Família sob Medida Protetiva em Unidade de Acolhimento e/ou Família Acolhedora.
- 3 – Família atendida pelos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) da região;
- 4 – Família em que, pelo menos, um dos pais da criança encontrar-se em espaço prisional; e ou Medida Socioeducativa de Internação, Liberdade Assistida – LA e Prestação de Serviço à comunidade – PSA ou egresso há pelo menos 18 meses de alguns dos itens citados;
- 5 – Família atendida em Centro de Referência da Assistência Social (CRAS);
- 6 – Criança que possui irmão/irmã na Unidade de Ensino pleiteada;
- 7 – Família beneficiária do Programa Bolsa Família;
- 8 – Família inscrita no Cadastro Único – CADÚNICO;
- 9 – Criança com quadro de desnutrição proteico energético grave;
- 10 – Família em que a pessoa responsável legal seja idosa e detentora da guarda da criança;
- 11 – Família em que um dos pais ou responsável pela criança tenha problema de saúde mental comprovado através de laudo médico
- 12 – Família em que, pelo menos, um dos pais da criança estiver em situação de drogadição (substâncias psicoativas, com álcool e outras drogas);
- 13 – Mãe responsável legal pela criança, chefe de família, onde os seus filhos dependem, exclusivamente, dos recursos obtidos pelo seu trabalho;
- 14 – Família em que, pelo menos, um dos pais do candidato/Criança for adolescente;
- 15 – Família em que exista pessoa com deficiência ou doença grave avaliada pela Equipe de Saúde da Família – que resida no mesmo domicílio da criança, mediante laudo médico e comprovante residência;
- 16 – Criança com diabetes e com relatório médico;
- 17 – Criança com HIV;
- 18 – Criança com doenças cardiológicas com relatório médico;
- 19 – Criança com doenças renais com relatório médico;



- () **20** – Criança com doenças neurológicas com relatório médico;
- () **21** – Mãe e /ou Responsável legal analfabeto;
- () **22** – Mãe e ou Responsável legal com até quatro anos de escolaridade.
- () **23** – Família monoparental (em que a criança reside apenas com um adulto);
- () **24** – Família em que, os pais da criança estão desempregados;

Para comprovação do(s) critério(s) assinalado(s) acima, entrego neste ato, as documentações comprobatórias e as Declarações anexas deste Edital.

A prestação de informações falsas constitui crime (art. 296, art. 297 e art. 299 do Código Penal Brasileiro), respondendo o infrator pelas penalidades previstas.

Itapoá, em _____ de _____ de 2024.

Assinatura da mãe, pai e/ou responsável legal



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE DADOS E RENDA FAMILIAR

Nome da(o) Declarante:		CPF:	
Nome da criança inscrita:		Data Nascimento:	
Escola em que a criança está matriculada: ESCOLA PRIMEIROS PASSOS		Turma:	
Número e nome de Pessoas que moram na mesma casa:			
Nº	Nome	Parentesco	Idade
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Favor informar: A(o) Declarante:			
Recebe pensão: () Não () Sim. Quanto? R\$ _____		Recebe Bolsa Família/ Auxílio Brasil () Não () Sim. Quanto? R\$ _____	
		Total de renda bruta familiar: R\$ _____	
Contribuem para a Renda Familiar os membros abaixo:			
Nome		Profissão/Ocupação	Renda
1.			
2.			
3.			
TIPO DE MORADIA:			
Moradia: () Própria () Alugada – Valor mensal de aluguel R\$ _____ () Aluguel Social () Cedida () Financiada – Valor R\$ _____			
Observação: Apresentar comprovante de pagamento de aluguel ou financiamento.			
SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:			
Há gastos significativos com doenças crônicas, remédios de uso contínuo entre outros, no grupo familiar? () sim () não			
Em caso afirmativo, especificar a doença e o uso de medicamentos:			
Declaro que as informações são verdadeiras e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em perda da matrícula no Plano de ampliação do período integral e em crime de falsidade ideológica, conforme artigos 296, 297 e 299 do Código Penal Brasileiro. Autorizo a visita da Comissão de Matrículas da Secretaria de Educação ao endereço para confirmar residência e condições socioeconômicas apresentadas.			
Itapoá/SC ___ de _____ de 2024.			
Assinatura da (o) Declarante: _____			



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE DESEMPREGADO

Eu, _____, nacionalidade _____,
RG _____, CPF _____ residente e domiciliado na
Rua: _____, n° _____, Bairro: _____,
mãe, pai e/ou responsável legal pelo(a) aluno (a) _____,
regularmente matriculado (a) na Escola de Educação Infantil **Primeiros Passos** – São José.
DECLARO para os devidos fins, que estou desempregado(a), sem exercer qualquer labor ou
atividade remunerada, assim, sem obter qualquer renda. DECLARO estar ciente que as informações
prestadas poderão ser averiguadas pela Secretaria Municipal de Educação de Itapoá, bem como estou
ciente de que a falsidade nas informações incorrerá nas penas do crime de Falsidade Ideológica,
artigo 299 do Código Penal.

Itapoá, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) Declarante



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE TRABALHO AUTÔNOMO

Eu, _____, nacionalidade _____,
RG _____, CPF _____ residente e domiciliado na
Rua: _____, nº _____, Bairro: _____,
mãe, pai e/ou responsável legal pelo(a) aluno (a) _____,
regularmente matriculado (a) na Escola de Educação Infantil **Primeiros Passos** – São José.
DECLARO que sou trabalhado(a) autônomo (a)/profissional liberal ou trabalhador(a) informal, sem
vínculo empregatício, exercendo atividades de _____,
jornada de _____ (_____) horas semanais, cumprindo de _____
a _____ (dias da semana). DECLARO estar ciente que as informações prestadas poderão ser
averiguadas pela Secretaria Municipal de Educação de Itapoá, bem como estou ciente de que a
falsidade nas informações incorrerá nas penas do crime de Falsidade Ideológica, artigo 299 do
Código Penal.

Itapoá, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) Declarante



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE MÃE CHEFE DE FAMÍLIA

Eu, _____, nacionalidade _____,
RG _____, CPF _____ residente e domiciliado na
Rua: _____, nº _____, Bairro: _____,
mãe, pai e/ou responsável legal pelo(a) aluno (a) _____,
regularmente matriculado (a) na Escola de Educação Infantil **Primeiros Passos** – São José.
DECLARO ser arrimo de família, visto que, meus familiares dependem, exclusivamente, dos
recursos obtidos com meu trabalho para subsistência. Declaro estar ciente que as informações
prestadas poderão ser averiguadas pela Secretaria Municipal de Educação de Itapoá, bem como estou
ciente de que a falsidade nas informações incorrerá nas penas do crime de Falsidade Ideológica,
artigo 299 do Código Penal.

Itapoá, ____ de _____ de 2024.

Assinatura da Declarante

Testemunhas:

1 – Nome: _____ CPF _____

Endereço: Rua: _____ nº _____

Telefone contato: () _____ ou () _____

2 – Nome: _____ CPF _____

Endereço: Rua: _____ nº _____

Telefone contato: () _____ ou () _____