EDITAL DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO POR ANÁLISE DE CURRÍCULO PARA CONTRATAÇÃO DE PROFESSOR TEMPORÁRIO – Nº 001/2026.

*Divulga a **42ª convocação dos candidatos** do Processo Seletivo de Análise Curricular Edital 001/2026.*

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 OBSERVÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

A presente 42ª Convocação foi elaborada em estrita observância aos critérios de desempate previstos no item 9 do edital. Nos casos em que houve empate na pontuação final, adotou-se como critério de desempate a maior idade, nos termos estabelecidos, garantindo-se:

- Nota maior (soma dos títulos e experiência);
- Preferência ao candidato com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- Persistindo o empate, preferência ao candidato de maior idade;

Dessa forma, a ordem de convocação respeita integralmente os critérios editalícios, assegurando a legalidade, isonomia e transparência do certame.

1.2 A divulgação da 42ª Convocação dos Candidatos do Processo Seletivo de Análise Curricular.

1.3 Esta convocação é exclusivamente para **RIO BRANCO** na modalidade do **Ensino Regular.**

1.4 Em anexo constam check list da documentação, ficha de cadastro e todas as declarações que os candidatos precisam preencher corretamente para assinar o contrato.

1.5 A apresentação de documentos para assinatura do contrato será nos dias **18,19 e 20/10/26** das **07h30** às **14h30.**

Rio Branco-Ac, 19 de Outubro de 2026.

REGINALDO LUÍS PEREIRA PRATES
Secretário de Estado de Educação e Cultura
Decreto nº 13.194-P/2026

SEAD
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO

GOVERNO DO ACRE
Trabalho para cuidar das pessoas

DECLARAÇÃO DE BENS

NOME:_____

SEXO: F ☐ M ☐ RG:_____CPF:_____DATA NASCIMENTO___/____/____

ENDEREÇO: _____Nº_____

COMPLEMENTO:_____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____

TELEFONE PARA CONTATO:_____

Para fins de posse DECLARO:

☐ NÃO possuo Bens e Valores;

☐ CONSTITUEM meu patrimônio, separadamente, dos meus dependentes, os seguintes Bens e Valores:

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	DATA DE AQUISIÇÃO	VALOR DE AQUISIÇÃO	VALOR ATUAL
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
TOTAL GERAL				

Declaro, ainda que a presente Declaração é verdadeira e tenho ciência de que constitui crime previsto no artigo 299 do Código penal Brasileiro, prestar Declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Ciente também que a penalidade a ser aplicada é de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

_____ _____/_____/_____ _____

LOCAL DATA ASSINATURA DO (A) DECLARANTE

SEAD
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO

GOVERNO DO ACRE
Trabalho para cuidar das pessoas

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS/EMPREGOS/FUNÇÕES E APOSENTADORIAS

NOME:_____

SEXO: F ☐ M ☐ RG:_____CPF:_____DATA NASCIMENTO____/____/_____

ENDEREÇO: _____ Nº_____

COMPLEMENTO:_____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____

TELEFONE PARA CONTATO:_____

EMAIL:_____

Declaro para os devidos fins de posse que:

☐ Exerço outro Cargo, Emprego ou Função na Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação Pública.

☐ Sou aposentado da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista ou Fundação Pública.

Órgão ou Empresa: _____

Unidade da Federação em exercício: _____

Natureza jurídica: _____

(Adm. Direta, Autarquia, Fundação Pública, Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista)

Tipo de Administração: (Federal, Estadual, Municipal) _____

Cargo, Emprego, Função Gratificada (FC ou FG), Cargo de Direção (CD) ou outras: _____

Carga Horária diária: _____horas Carga Horária Semanal: _____horas

Horário de trabalho: _____

Endereço da instituição: _____Telefone:_____

☐ Exerço emprego em empresa privada

Nome da Empresa:_____

Endereço: _____Telefone:_____

Horário de trabalho: _____

☐ Não acumulo aposentadoria

☐ Não acumulo cargo Público

Detalhamento:

_____ _____/_____/_____ _____

LOCAL DATA ASSINATURA DO (A) DECLARANTE

SEAD
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO

GOVERNO DO ACRE
Trabalho para cuidar das pessoas

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

NOME:_____

SEXO: F ☐ M ☐ RG:_____CPF:_____DATA NASCIMENTO___/____/____

ENDEREÇO: _____Nº_____

COMPLEMENTO:_____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____

TELEFONE PARA CONTATO:_____

Para fins de posse DECLARO:

1. Tenho os seguintes herdeiros:

Nome:
Endereço:
(Se diferente do Declarante)

Sexo	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Estado Civil
☐ Masculino ☐ Feminino	____/____/____			

Nome:
Endereço:
(Se diferente do Declarante)

Sexo	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Estado Civil
☐ Masculino ☐ Feminino	____/____/____			

Nome:
Endereço:
(Se diferente do Declarante)

Sexo	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Estado Civil
☐ Masculino ☐ Feminino	____/____/____			

2. O preenchime dos campos deverá estar em conformidade com:
   - ✓ Artigo 258, da Lei Complementar 39/93;
   - ✓ Artigo 1.723 do Código Civil de 2002; e
   - ✓ Artigo 10, da Lei Complementar Estadual nº 154, de 08 de dezembro de 2005.

_____	_____/_____/_____	_____
LOCAL	DATA	ASSINATURA DO (A) DECLARANTE

SEAD
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO

GOVERNO DO ACRE
Trabalho para cuidar das pessoas

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME:_____

SEXO: F ☐ M ☐ RG:_____CPF:_____DATA NASCIMENTO___/____/___

ENDEREÇO: _____Nº_____

COMPLEMENTO:_____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____

TELEFONE PARA CONTATO:_____

Para fins de posse DECLARO:

1. Tenho os seguintes dependentes:

Nome:
Endereço:
(Se diferente do Declarante)

Sexo	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Estado Civil
☐ Masculino ☐ Feminino	____/____/____			

Nome:
Endereço:
(Se diferente do Declarante)

Sexo	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Estado Civil
☐ Masculino ☐ Feminino	____/____/____			

Nome:
Endereço:
(Se diferente do Declarante)

Sexo	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Estado Civil
☐ Masculino ☐ Feminino	____/____/____			

2. O preenchime dos campos deverá estar em conformidade com:
   - ✓ Artigo 35, da Lei Federal nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995;
   - ✓ Artigo 77, do decreto Federal nº 3.000, de 26 de março de 1999;
   - ✓ Artigo 1.723 do Código Civil de 2002; e
   - ✓ Artigo 10, da Lei Complementar Estadual nº 154, de 08 de dezembro de 2005.

_____	_____/_____/_____	_____
LOCAL	DATA	ASSINATURA DO (A) DECLARANTE

GOVERNO DO
ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE
EDUCAÇÃO E CULTURA

FICHA DE CONTRATAÇÃO DIRETA – PARECER/CURRÍCULO

NOME DO SERVIDOR:

PARECER Nº | SEI Nº

CARGO:

DATA DE INÍCIO: / / DATA DE TÉRMINO: / /

Os candidatos deverão apresentar a documentação a seguir especificada:

☐ a) Ficha de cadastro e termo de compromisso preenchido e assinado;
☐ b) Carteira de Identidade RG(original e uma cópia);
☐ c) CPF (original e uma cópia);
☐ d) Título Eleitoral (original e uma cópia);
☐ e) Certidão de que está quite com a Justiça Eleitoral;
☐ f) Certificado de Reservista (original e uma cópia), para homens;
☐ g) PIS ou PASEP (original e uma cópia)
☐ h) Carteira de Trabalho (original e uma cópia, página com foto, qualificação civil e páginas de contratos);
☐ i) Diploma, devidamente registrado, de conclusão de curso de **Nível Médio, Magistério ou Nível Superior** ou Declaração de Conclusão do Curso constando data de colação de grau, conforme o requerido para o cargo (original e uma cópia);
☐ i).1 Certificado de cursos de formação continuada em Atendimento Educacional Especializado – AEE ou Altas Habilidades/Superdotação ou Língua Brasileira leira de Sinais - LIBRAS ou Braille, mínima de 100h, **para o cargo de Professor do Atendimento Educacional Especializado – P2** (original e uma cópia);
☐ i).2 Certificado de proficiência em Libras, ou certificado de Curso de formação em Tradução e Interpretação em LIBRAS, mínimo de 120h, para o cargo de **Professor Tradutor Interprete de Libras - P2** (original e uma cópia);
☐ i).3 Diploma de cursos de Braille, com carga horária mínima de 100 horas fornecido por instituição reconhecida pelos órgãos normativos, para o cargo de **Professor Brailista – P2** (original e uma cópia);
☐ i).4 Certificado de conclusão de curso de formação na área da Educação Especial com carga horária que totalizem 180h, para o cargo de **Professor Mediador – P1** (original e uma cópia);
☐ i).5 Certificado de conclusão de curso de formação na área da Educação Especial, com carga horária mínima de 40h, para o cargo de **Assistente Educacional** (original e uma cópia);
☐ i).6 Registro no Conselho de Classe, **para o cargo de Professor de Educação Física** (original e uma cópia);
☐ j) Certidão de Nascimento quando for solteiro, certidão de Casamento quando for casado e CPF do cônjuge (original e uma cópia);
☐ k) Certidão de Nascimento e CPF dos filhos dependentes, se houver (original e uma cópia);
☐ l) Comprovante de Endereço atualizado e legível (conta de luz, telefone, original e uma cópia);
☐ m) Comprovante de tipagem sanguínea;
☐ n).1 Certidão Negativa da Justiça Estadual cível e criminal (https://esaj.tjac.jus.br/sco/abrirCadastro.do) locais onde o candidato tenha residido nos últimos cinco anos;
☐ n).2 Certidão Negativa da Justiça Federal cível e criminal (https://sistemas.trf1.jus.br/certidao/#/solicitacao) locais onde o candidato tenha residido nos últimos cinco anos;
☐ o)Auto declaração Étnico-Racial preenchida e assinada; (https://concursos.ibfc.org.br/informacoes/420/)
☐ p) Declaração de Antecedentes preenchida e assinada;
☐ q) Declaração de Aptidão Legal preenchida e assinada;
☐ r) Declaração de Bens preenchida e assinada;
☐ s).1 Declaração de Acumulação de Cargo, Emprego ou Função Pública preenchida e assinada;
☐ s).2 Declaração do setor em que trabalha, informando cargo, escala e carga horária. (Caso possua vínculo)
☐ t) Declaração de Herdeiros preenchida e assinada;
☐ u) Declaração de Dependentes preenchida e assinada;
☐ v) Comprovante do número da **Conta Corrente** da Agência do Banco do Brasil;
☐ w) Atestado médico pré - admissional que o considera apto físico e mentalmente para o exercício do cargo.

RESP. PELA CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS:

*** É NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO DOS DADOS ABAIXO SOLICITADOS, ASSINATURA DO TERMO DE COMPROMISSO, E ANEXAR ES DEVIDAS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS.**

INFORMAÇÕES PESSOAIS



FOTO 3X4

Nome:

Naturalid.	U.F.	Nacionalidade	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Tipo sangue
				( ) F ( ) M		

Escolaridade: ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós/Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Área de Formação:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

DOCUMENTOS

C.P.F.	PIS/PASEP	N º R.G.	Órgão Exp	Data Expedição

Título de Eleitor	Zona	Seção	Município/ U.F.	Agência	Conta	Banco

Carteira Reservista	Categoria	Órgão Exp	Instituição	Emissão

Carteira de trabalho n°	Série	Órg expedidor	Data Emissão

REGISTRO CIVIL

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado/divorciado ( ) Viúvo ( ) União estável

Nome do Cônjuge:

CPF do Cônjuge	Data de Nascimento do Cônjuge	Data de Casamento	Raça/Cor Cônjuge

Natural. Cônj / U.F.	Nacional. Cônjuge	Nº Registro Civil	Livro	Folha	Cartório	Local

ENDEREÇO

Logradouro/nome da rua	Nº	Bairro	C.E.P.	Município	U.F.

Celular	Fone Recado	Pessoa para Contato	E-Mail

Dados do(s) Dependentes para IRRF

Nome completo	C.P.F.	Data de Nasc.	Parentesco	Raça/Cor

SEE | SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO E CULTURA

TERMO DE COMPROMISSO

Estou ciente que no ato da assinatura do contrato, fico à disposição da Secretaria de Estado de Educação e Cultura para o exercício exclusivo em unidade escolar para qual for designado(a), em observância às cláusulas contratuais firmadas, notadamente o disposto na cláusula primeira do contrato temporário de prestação de serviço e art. 6°, inciso I da Lei Complementar n.° 58/98.

Ademais, declaro ciência de que a inobservância do contrato firmado e da legislação pertinente à contratação temporária poderá ensejar extinção do vínculo, nos termos do art. 5° da Lei Complementar n.° 58/98.

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob pena da responsabilização cabível.

_____

Local e Data

_____

Assinatura

SEAD
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO

GOVERNO DO ACRE
Trabalho para cuidar das pessoas

DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES

NOME:_____

SEXO: F ☐ M ☐ RG:_____CPF:_____DATA NASCIMENTO____/_____/_____

ENDEREÇO: _____Nº_____

COMPLEMENTO:_____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____

TELEFONE PARA CONTATO:_____

Eu, conforme qualificado pelas informações acima, **declaro**, para fins de posse no cargo de _____do Quadro de Pessoal do Poder Executivo, para o qual fui aprovado em concurso Público e nomeado, **que não respondo inquérito policial e nem processo administrativo**, nas esferas federal, estadual e municipal.

Declaro, ainda que a presente Declaração é verdadeira e tenho ciência de que constitui crime previsto no artigo 299 do Código penal Brasileiro, prestar Declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Ciente também que a penalidade a ser aplicada é de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

_____ _____/_____/_____

LOCAL DATA

_____

ASSINATURA DO (A) DECLARANTE

SEAD
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO

GOVERNO DO ACRE
Trabalho para cuidar das pessoas

DECLARAÇÃO DE APTIDÃO LEGAL

NOME:_____

SEXO: F ☐ M ☐ RG:_____CPF:_____DATA NASCIMENTO____/____/_____

ENDEREÇO: _____Nº_____

COMPLEMENTO:_____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____

TELEFONE PARA CONTATO:_____

DECLARO, para fins de posse no cargo de _____ do Quadro de Pessoal do Poder Executivo, para o qual fui aprovado em concurso Público e nomeado, **que não fui demitido(a)** a bem do serviço público, no período de 05 (cinco) anos, nas esferas federal, estadual e municipal por motivo de: Crime contra a administração pública, improbidade administrativa, aplicação irregular de dinheiro público, lesão aos cofres públicos, corrupção, dilapidação do patrimônio nacional, estadual ou municipal, abandono de cargo, inassiduidade habitual ou acumulação ilegal de cargos.

Declaro, ainda que a presente Declaração é verdadeira e tenho ciência de que constitui crime previsto no artigo 299 do Código penal Brasileiro, prestar Declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Ciente também que a penalidade a ser aplicada é de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

_____	_____/_____/_____	_____
LOCAL	DATA	ASSINATURA DO (A) DECLARANTE

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO E CULTURA
CONVOCAÇÃO EDITAL N° 01/2026 - OBS: A CONVOCAÇÃO OBEDECERÁ A ORDEM DE PONTUAÇÃO MAIOR E O CRITÉRIO DE DESEMPATE POR IDADE.

Convocação	Ordem de convocação	Nome:	Municlpio:	Zona:	Cargo:	Area:	PCD:	Pontuação (Total)
Convocação 42	18	MARCELO WILIAN DA SILVA FERNANDES	RIO BRANCO	Urbana	Professor P2 25H	Arte	Não	60