

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**MUNICÍPIO DE ITAPEVA/MG**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**EDITAL Nº 025/2021**

A Secretária Municipal de Saúde de Itapeva/MG **CLAUDIA VIVEANI DE MORAES ANDRADE**, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade temporária de contratação de profissionais para atender às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde torna público para conhecimento dos interessados, que estarão abertas as inscrições no período de **29 de novembro de 2021 à 02 de dezembro de 2021** para Processo Seletivo Simplificado para **CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL PSF.**

**DA REMUNERAÇÃO, DA CARGA HORÁRIA E DAS VAGAS:**

<b>CARGO</b>	<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>	<b>VAGAS</b>	<b>JORNADA DE TRABALHO</b>	<b>REMUNERAÇÃO</b>
Técnico Saúde Bucal PSF	Ensino Médio e formação específica (conselho de classe)	01 (UMA) vaga	40 horas semanais	R\$ 1471,80

**DAS ATIVIDADES:**

- Deverão executar tarefas pertinentes à área de atuação, cumprindo suas atribuições previstas em Lei Municipal, Lei Estadual e Federal.

**ATRIBUIÇÃO DO CARGO:**

1. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
2. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
3. Estimular e executar medidas de promoção a saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.
4. Executar ações básicas da vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.
6. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.
7. Programa e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
8. Desenvolver ações intersetoriais para promoção da saúde bucal.

### **VIGÊNCIA DO CONTRATO TEMPORÁRIO:**

O profissional será contratado por prazo determinado até a realização de processo seletivo com provas, podendo o contrato ser rescindido a qualquer tempo em razão do interesse público ou redução da demanda.

### **DA VALIDADE DO PROCESSO SELETIVO**

A validade do presente Processo Seletivo será de 6 (seis) meses, não havendo prorrogação.

### **DO REGIME DA CONTRATAÇÃO:**

O regime da contratação de caráter temporário, com descontos previdenciários em favor do INSS.

### **DAS INSCRIÇÕES**

As inscrições serão efetuadas do dia **29 de novembro de 2021 à 02 de dezembro de 2021, no horário das 08h às 12h e das 13 às 17h, na Secretaria de Saúde**, na Rua Tobias de Andrade, n.º 235, Bairro Centro, Itapeva/MG.

O candidato ficará de posse do recibo, constando o número da inscrição.

### **DA TAXA DE INSCRIÇÃO:**

Não serão cobradas taxas de inscrição.

### **CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO:**

#### **Relação de Documentos para inscrição:**

Carteira de Identidade

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CPF ou Habilitação
Comprovante de Residência
Título de Eleitor e Comprovante da última votação
Certificado de Reservista, quando do sexo masculino
Comprovante de Escolaridade em conformidade com a habilitação exigida
Currículo detalhado, identificando os títulos, carga horária dos cursos, seminários e a experiência profissional
Documentos hábeis a comprovar a experiência profissional e os títulos mencionados no Currículo
Conhecer e estar de acordo com as exigências contidas no presente edital.
Registro no Conselho de Odontologia

**Não apresentando a documentação solicitada, o candidato será desclassificado na abertura dos envelopes.**

A inscrição será realizada mediante o preenchimento do **Anexo V- Ficha de Inscrição** (exceto número da inscrição) disponibilizado pela Secretaria de Saúde, sendo de exclusiva responsabilidade do candidato o seu preenchimento, devendo o Candidato, no ato da inscrição fornecer uma única cópia simples em **envelope lacrado** dos seguintes documentos relacionados abaixo, com a seguinte identificação:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVA.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N. 025/2021  
NOME/ENDEREÇO/TELEFONE PARA CONTATO.**

**DA ABERTURA DOS ENVELOPES, ANÁLISE DE CURRÍCULO, E SELEÇÃO DOS CANDIDATOS:**

A sessão pública de abertura dos envelopes dos candidatos acontecerá no dia **03 de dezembro 2021 (sexta-feira), às 09:00 horas**, na sede da UBS Ápio Cardoso, aberta a todos, **inclusive aos concorrentes à vaga**, que ao deixar de comparecer não poderá alegar prejuízos de nenhuma natureza. **Desta sessão pública será lavrada ata para os efeitos legais.**

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### DO PROCESSO:

O processo, consistente em seleção de pessoal, através de análise de currículo e títulos.

### DA ANÁLISE DE CURRÍCULO E SELEÇÃO DOS CANDIDATOS:

A classificação dos candidatos inscritos será processada através de análise de currículo por equipe nomeada pelo Secretário Municipal de Saúde e 01 representante do setor administrativo, no dia **03 de dezembro de 2021 às 09:00 horas** e observará a seguinte ordem, tendo prioridade:

Títulos		Critérios de Pontuação	
Requisito	Documento exigido para comprovação	Pontos Unitários	Pontuação Máxima
Cursos de Aperfeiçoamento	<p>Certificado de cursos de aperfeiçoamento compatível com a área de atuação</p> <p><b>Obs: Os cursos que não apresentarem carga horária apenas datas serão desclassificados.</b></p>	<p>Para curso na área de atuação com mínimo de 40 horas</p> <p>Máximo 05 cursos</p>	<p>02 (dois) pontos por curso</p> <p><b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b></p> <p><b>10 PTS</b></p>
Experiência Profissional Comprovada na função	<p>Órgão Público: declaração original expedida pelo Poder Federal, Estadual ou Municipal, em papel timbrado, datado e assinado pelo Gestor do Órgão Competente e/ou Contrato de Trabalho devidamente assinado.</p> <p>Empresa Privada: carteira de Trabalho por Tempo de Serviço – CTPS (página de identificação com foto e dados pessoais e registro do contrato de trabalho) e/ou Contrato de trabalho devidamente</p>	<p>01 (um) ponto para cada ano de experiência comprovada</p> <p>Máximo de 5 (cinco) anos</p>	<p>05 (cinco) Pontos</p> <p><b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b></p> <p><b>05 PTS</b></p>

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

assinado

	assinado	
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>25 (vinte e cinco)</b> <b>pontos</b>	

**DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE:**

Caso dois ou mais interessados apresentem a mesma pontuação será observado, como critério de desempate:

1. Candidato com maior idade.

**DO RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO:**

A divulgação dos resultados será realizada no dia **03 de dezembro de 2021**, a partir das 15h no mural da Secretaria Municipal de Saúde e no mural da Prefeitura e no site oficial do Município.

**DA CONVOCAÇÃO:**

O candidato selecionado e convocado deverá apresentar no setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Itapeva/MG, impreterivelmente todos os documentos exigidos nos Anexos deste presente edital, no ato da contratação, no prazo de 03 (três) dias da sua convocação sob pena de desclassificação.

Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria de Saúde.

Itapeva/MG, 25 de novembro de 2021.

---

**CLAUDIA VIVEANI DE MORAES ANDRADE**  
Secretária de Saúde – Município de Itapeva/MG

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO I**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS CASO APROVADO NO PROCESSO SELETIVO**

<b>O CANDIDATO CONVOCADO DEVERÁ APRESENTAR, OBRIGATORIAMENTE, OS SEGUINTE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO:</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
A) atestado médico comprovando boa saúde física e mental;	
B) original e fotocópia de comprovante de residência;	Comprovante atualizado
C) original e fotocópia da certidão de nascimento ou casamento ou averbações, se houver;	Se for solteiro trazer certidão de nascimento; se casado trazer certidão de casamento; se divorciado, separado judicialmente trazer certidão com averbações
D) original e fotocópia da Cédula de Identidade;	Recomenda-se que a identidade esteja atualizada, com data de emissão com menos de dez anos.
E) Carteira de Trabalho (CTPS-Carteira de Trabalho e Previdência Social);	cópia da Carteira de Trabalho da página da foto e o verso da mesma, ou seja, a qualificação civil
F) original e fotocópia do CPF;	Se não tiver o Cpf em mãos, emitir através do site da Receita Federal o comprovantes do mesmo <a href="https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/cpf/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp">https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/cpf/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp</a>
G) Emissão de Situação Cadastral no CPF;	Acessar para emissão: <a href="https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp">https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp</a>
H) original e fotocópia do cartão de cadastramento no PIS/PASEP (se possuir);	Caso não possua o cartão, ir à agência bancária Caixa/Banco do Brasil e solicitar um extrato ou <b>qualquer documento que comprove o cadastramento atual no PIS ou</b>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	PASEP.
I) 1 fotografias 3x4 recentes;	
J) original e fotocópia do Título de Eleitor ;	
K) Certidão de quitação Eleitoral	Para emissão: <a href="https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral">https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral</a>
L) original e fotocópia do Certificado de Reservista, de isenção ou de dispensa (se do sexo masculino);	
M) original e fotocópia do comprovante de capacitação legal para o exercício do cargo (diploma registrado ou declaração ou atestado ou certificado de conclusão do curso emitido pela instituição de ensino, carteira de identidade profissional, registro no órgão de fiscalização do exercício profissional competente);	Documentos que comprovem escolaridade, categoria profissional, exemplo, tipo registro no órgão de classe, CNH e outras exigências do cargo conforme Edital.
N) declaração de bens que constituam seu patrimônio;	Fazer declaração, tendo ou não bens;
O) declaração de que não infringe o <b>art. 37, inciso XVI da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988</b> (Acumulação de Cargos e Funções) e ainda, quanto aos proventos de aposentadoria, o disposto no <b>art. 37, §10, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988</b> , com a redação dada pela <b>Emenda Constitucional nº 20/98</b> .	No caso de declaração de Acumulação de Cargos, além da própria declaração feita pelo convocado conforme modelo em Anexo V, o mesmo deverá também trazer anexado à sua declaração um documento timbrado fornecido pela outra entidade pública na qual trabalha discriminando o cargo que ocupa na entidade e horário de trabalho exercido na mesma, assinado e carimbado.
P) Documentos de filhos de até 14 anos de idade ou aqueles considerados como dependentes para fins de IRRF	

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Q) Se tiver conta no banco Bradesco apresentar cópia do cartão	<b>A conta pode ser corrente ou poupança no referido banco. Não pode ser conta jurídica e nem conta conjunta.</b>
R) CNH (Carteira Nacional de Habilitação) se possuir;	





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO** para o fim específico de ingresso no Serviço público no município de Itapeva, Estado de Minas Gerais, que os bens patrimoniais gravados em meu nome e de meus dependentes são os seguintes: *(relacionar Imóveis urbanos (identificação/valor atual); Imóveis rurais (identificação/valor atual); Veículos e máquinas (identificação/valor atual); Outros (identificação/valor atual))*

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando conseqüências previstas na legislação vigente.

Itapeva, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE BENS  
(quando não possuir bens)

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do

RG nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº

\_\_\_\_\_, DECLARO para todos os efeitos legais, que **não possuo bens** em meu nome.

**Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.**

Itapeva, de de 2021.

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO  
DE CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARO para fins de contratação no cargo de \_\_\_\_\_, na Prefeitura Municipal de Itapeva/MG, **QUE NÃO EXERÇO** qualquer cargo, emprego, ou função pública junto à administração pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, que seja incompatível com a carreira em que serei contratado, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal.

DECLARO, outrossim, **QUE NÃO PERCEBO** proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal, que seja incompatível com a carreira em que serei contratado. DECLARO, também, estar ciente de que devo comunicar a esse Órgão qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos. DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis. DECLARO, por fim, que tomo ciência de toda a legislação supra referida.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO  
DE CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

DECLARO para fins de ocupação de cargo, emprego ou função pública no Município de ITAPEVA/MG, que exerço cargo, emprego ou função pública, nos órgãos abaixo:

Denominação do Órgão/Cargo/Emprego/Função:

\_\_\_\_\_

Carga Horária Mensal:

\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho:

\_\_\_\_\_

DECLARO que sou aposentado no cargo de:

\_\_\_\_\_

E recebo meus proventos através do:

\_\_\_\_\_

DECLARO ainda, sob as penalidades legais, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Prometo renovar esta declaração sempre que ocorrer alterações nos dados acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declarante

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO V**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**Processo Seletivo Simplificado – PSS – Edital n° 025/2021**

<b>TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL PSF</b>	
<b>Nome:</b>	<b>Sexo: ( ) Masc ( ) Fem</b>
<b>Relação de Documentos para inscrição:</b>	
	<b>Checlist</b>
Carteira de Identidade	
CPF ou Habilitação	
Comprovante de Residência	
Título de Eleitor e Comprovante da última votação	
Certificado de Reservista, quando do sexo masculino	
Comprovante de Escolaridade em conformidade com a habilitação exigida	
Currículo detalhado, identificando os títulos, carga horária dos cursos, seminários e a experiência profissional	
Documentos hábeis a comprovar a experiência profissional e os títulos mencionados no Currículo	
Registro no Conselho de Odontologia	

Declaro, sob as penas da lei, que me responsabilizo pela veracidade das informações aqui prestadas e que atendo às condições exigidas para a inscrição conforme - Edital N.º 025/2021. Submeto-me as condições estabelecidas as quais afirmo conhecer e concordar plenamente. Itapeva/MG, \_\_/\_\_/2021.

X Assinatura \_\_\_\_\_

<b>Comprovante de Inscrição Edital 025/2021</b>		
<b>Nome:</b>	<b>Cargo: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL PSF</b>	<b>N° Insc:</b>
Em __/__/2021 - Responsável pela inscrição:		



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**