

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**MUNICÍPIO DE ITAPEVA/MG  
 PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO  
 SECRETARIA DE SAÚDE  
 EDITAL Nº 18/2022**

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 **15 à 16 de AGOSTO DE 2022** para **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

CARGO	FORMAÇÃO ACADÊMICA	VAGAS OFERECIDAS	JORNADA DE TRABALHO	REMUNERAÇÃO
Técnico de Saúde Bucal	Ensino Médio Completo e formação específica (conselho de classe)	01 (uma) vaga	40 horas semanais	R\$1.619,86  (Hum mil e seiscentos e dezenove e oitenta e seis centavos)

**DAS ATIVIDADES:**

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

**CARGO: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL**

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica 52;
- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e Política Nacional de Atenção Básica 53
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento,

### **DO REGIME DA CONTRATAÇÃO:**

O regime da contratação de caráter temporário, em regime estatutário, sem vínculo empregatício com desconto de previdência.

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

A validade do presente Processo Seletivo será de 1 (ano), prorrogável por igual período.

### **DAS INSCRIÇÕES**

As inscrições serão efetuadas do dia **15 à 16 de Agosto de 2022, no horário das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 16:00 na Secretaria de Saúde**, na Rua Tobias de Andrade, n.º 230, Bairro Centro, Itapeva/MG.

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

### **DA TAXA DE INSCRIÇÃO:**

Não serão cobradas taxa de inscrição.

### **CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO:**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

- a) Ser brasileiro nato ou naturalizado;
- b) Ter idade mínima de 18 (Dezoito) anos completos até a data da assinatura do contrato temporário;
- c) Apresentar registro como técnico em saúde bucal;
- d) Conhecer e estar de acordo com as exigências contidas no presente edital.

A inscrição será realizada mediante o preenchimento do Anexo IV 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. 18/2022**

**NOME/ENDEREÇO/TELEFONE PARA CONTATO.**

**Documentos obrigatórios:**

- \*RG
- \*CPF
- \*Comprovante residência
- \*Título de eleitor e comprovante última votação
- \*comprovante de registro no conselho de classe
- \*Certificado Reservista (para sexo masculino)
- \*Comprovante Escolaridade
- \*Currículo detalhado
- \*Documentos hábeis a comprovar a experiência profissional e os títulos mencionados no Currículo

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

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**OBS: Os candidatos que não preencherem as condições acima serão eliminados da seleção.**

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

A sessão pública de abertura dos envelopes dos candidatos acontecerá no dia **17 de Agosto de 2022 (quarta-feira), às 13 horas**, na sede da UBS Ápio Cardoso e será aberta a todos. **Lembrando que, os concorrentes à vaga** que não comparecerem, não poderão alegar prejuízos de nenhuma natureza.

**Desta sessão pública será lavrada ata para os efeitos legais.**

**DO PROCESSO:**

O processo consiste em seleção de pessoal, através de análise de currículo.

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

A classificação dos candidatos inscritos será processada através de análise de currículo e títulos por equipe nomeada pelo Secretário Municipal de Saúde e 01 representante do setor administrativo, no dia **17 de AGOSTO de 2022** às 13 horas e observará a seguinte ordem, tendo prioridade:

Títulos		Critérios de Pontuação	
Requisito	Documento exigido para comprovação	Pontos Unitários	Pontuação Máxima
Cursos de Aperfeiçoamento	Certificado de cursos de aperfeiçoamento compatível com a área de atuação  <b>Obs: Os cursos que não apresentarem carga horária apenas datas serão desclassificados.</b>	Para curso na área de atuação com mínimo de 40 horas  Máximo 05 cursos	02 (dois) pontos por curso  <b>PONTUAÇÃO MÁXIMA 10 PTS</b>
Experiência Profissional Comprovada na	Órgão Público: declaração original expedida pelo Poder Federal, Estadual ou Municipal, em papel timbrado, datado e assinado pelo	02 (dois) pontos para cada ano de experiência	02 (dois) Pontos por ano  <b>PONTUAÇÃO MÁXIMA 10</b>

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

função	Gestor do Órgão Competente e/ou Contrato de Trabalho devidamente assinado.  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 assinado	comprovada  Máximo de 5 (cinco) anos	PTS
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>20 (vinte) 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;

**DA DEMISSÃO**

Será demitido, a qualquer momento após a contratação, o profissional que:

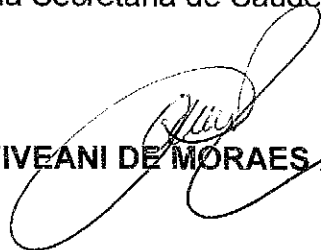
- não tiver disponibilidade de 40 (quarenta) horas semanais, dentro da jornada de trabalho prevista para exercício de suas atividades;
- Praticar falta grave;
- acumular ilegalmente cargos, empregos ou funções públicas;
- apresentar declaração falsa de residência ou de escolaridade;

O candidato selecionado e convocado deverá apresentar no setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Itapeva/MG, impreterivelmente todos os documentos exigidos no 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, 08 de Agosto de 2022.

**CLAUDIA VIVEANI DE MORAES ANDRADE**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Secretária de Saúde – Município de Itapeva/MG  
**ANEXO I**

**DOCUMENTOS QUE DEVERÃO SER APRESENTADOS NO ATO DA CONTRATAÇÃO:**

<b>DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA INVESTIDURA NO CARGO</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 (RG);	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 qualquer documento que comprove a data de cadastramento no PIS ou 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/c">https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/c</a>

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

	ertidao-de-quitacao-eleitoral
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.
N) declaração de bens que constituam seu patrimônio;	Fazer declaração, tendo ou não bens; (Anexo II, a ou b)
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> .	(Anexo III, a ou b)  No caso de declaração de Acumulação de Cargos, além da própria declaração feita pelo convocado conforme modelo em Anexo III b); 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;	
N) CNH (Carteira Nacional de Habilitação) quando houver;	
R) Se tiver conta no banco Bradesco apresentar cópia do cartão	A conta pode ser corrente ou poupança no referido banco. Não pode ser conta jurídica e nem conta conjunta.

**ATENÇÃO: Para efeito da admissão fica o candidato sujeito à aprovação em avaliação médico admissional segundo a natureza e especificidade da função, respectiva área de atuação e à apresentação.**



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### ANEXO II

a)

### 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

b)

### DECLARAÇÃO SEM 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 2022.

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III

a)

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

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARO para fins de posse 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 tomarei posse, 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 tomarei posse. 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

b)

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 IV

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Processo Seletivo Simplificado – PSS – Edital n° 18/2022

Técnico de Saúde Bucal

Nome:

Sexo: ( ) Masc ( ) Fem

Documentos obrigatórios:

\*RG

\*CPF

\*Comprovante residência

\*Título de eleitor e comprovante última votação

\*Certificado Reservista (para sexo masculino)

\*Comprovante Escolaridade

\*Comprovante de registro no conselho de classe

\*Currículo detalhado

\*Documentos hábeis a comprovar a experiência profissional e os títulos mencionados no Currículo

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

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 18/2022. Submeto-me as condições estabelecidas as quais afirmo conhecer e concordar plenamente. Itapeva/MG, \_\_/\_\_/2022.

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

Comprovante de Inscrição Edital 18/2022

Nome:

Cargo: Técnico de Saúde Bucal

Nº Insc:

Em \_\_/\_\_/2022 - Responsável pela inscrição: