

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVA/MG

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

SECRETARIA DE SAÚDE

EDITAL Nº 009/2023

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 profissional para atender às demandas da secretaria Municipal de Saúde, para conhecimento dos interessados, que estarão abertas as inscrições para o **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

DA REMUNERAÇÃO, INVESTIDURA PARA O CARGO, CARGA HORÁRIA E DAS VAGAS:

CARGO	INVESTIDURA PARA O CARGO	VAGA OFERECIDA	JORNADA DE TRABALHO	REMUNERAÇÃO
Agente Comunitário de Saúde (ESF)	Possuir ensino médio completo	01 (uma) vaga	40 horas semanais	R\$ 2.564,35 (dois mil quinhentos e sessenta quatro reais e trinta e cinco centavos)
MICRO 06 (ACS – ESF “OSWALDO BIAGIONE”				
BAIRROS – PONTE DE ZINCO – SERRA – MANDÚ E PINGUELA				

DAS ATIVIDADES DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

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



ATRIBUIÇÕES DO CARGO:

- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visita domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidade implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.
- É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

DA VALIDADE DO PROCESSO SELETIVO:

O profissional será contratado por prazo de 6 (seis) meses podendo ser prorrogado por igual período.

DO REGIME DA CONTRATAÇÃO:

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

DAS INSCRIÇÕES

As inscrições serão efetuadas do dia **20 à 23 de março de 2023, no horário das 08:30h às 11h e das 13:30h às 16h na Secretaria de Saúde**, na Rua Tobias de Andrade , n.º 230, Bairro Centro, nesta cidade.

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

DA TAXA DE INSCRIÇÃO:

Não serão cobradas taxas de inscrição.

DAS CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO:

- a) Ser brasileiro nato ou naturalizado;
- b) Ter idade mínima de 18 (Dezoito) anos completos até a data da assinatura do contrato temporário;
- c) 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. 009/2023
NOME/ENDEREÇO/TELEFONE PARA CONTATO.

SECRETARIA DE SAÚDE

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO QUE DEVERÃO ESTAR NO ENVELOPE IDENTIFICADO (CÓPIAS LEGÍVEIS):

Carteira de Identidade;
CPF;
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;
Documentos hábeis a comprovar a experiência profissional e os títulos mencionados no Currículo. <i>Exemplo: Certidão de Contagem de Tempo no cargo pretendido (se houver) ou cópia da carteira de trabalho (CTPS) onde demonstre os registros na área; Certidão de Contagem de Tempo na Área Pública (se houver) ou cópia da carteira de trabalho (CTPS) onde demonstre os registros na área.</i>

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 **24 de março de 2023 (sexta-feira), às 09 horas**, na sede da **SECRETARIA DE SAÚDE**, 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 DE SELEÇÃO:

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



SECRETARIA DE SAÚDE

DA ANÁLISE DE CURRÍCULO E SELEÇÃO DOS CANDIDATOS:

A classificação dos candidatos inscritos será processada através de análise de currículo por equipe nomeada pela Secretaria Municipal de Saúde, 01 representante do setor administrativo, no dia **24 de março de 2023 às 09 horas** e observará a seguinte ordem, tendo prioridade:

Títulos		Critérios de Pontuação	
Requisito	Documento exigido para comprovação	Pontos Unitários	Pontuação Máxima
Curso de Aperfeiçoamento	Cursos de compatível com a área de atuação MÁXIMO 03 CURSOS	03 (três) Pontos por curso	09 (nove) Pontos PONTUAÇÃO MÁXIMA 09 PTS
	Curso de informática básica	06 (seis) Pontos	06 (seis) Pontos PONTUAÇÃO MÁXIMA 06 PTS
Experiência Profissional Comprovada na função	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. 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	01 (um) ponto para cada ano de experiência comprovada Máximo de 5 (cinco) anos	05 (cinco) Pontos PONTUAÇÃO MÁXIMA 05 PTS
TOTAL GERAL			20 (vinte) PONTOS

DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE:

Para efeito de desempate entre os candidatos aprovados com a mesma pontuação, inclusive os portadores de necessidades especiais, terá preferência, sucessivamente, o candidato que:

- Candidato com maior idade;

DO RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO:

A divulgação dos resultados será realizada no dia **24 de março de 2023, à partir das 16:00h** no mural da prefeitura, no mural da Secretaria de Saúde e no site oficial da Prefeitura de Itapeva, <https://www.itapeva.mg.gov.br/>

SECRETARIA DE SAÚDE

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, ou de qualquer outro documento exigido para investidura no cargo;

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

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 Municipal de Saúde.

Itapeva/MG, 17 de março de 2023.


CLAUDIA VIVEANI DE MORAES ANDRADE

Secretária de Saúde – Município de Itapeva/MG

SECRETARIA DE SAÚDE
ANEXO I

DOCUMENTOS QUE DEVERÃO SER APRESENTADOS NO ATO DA CONTRATAÇÃO:

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA INVESTIDURA NO CARGO	OBSERVAÇÕES
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 https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/cpf/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp
G) Emissão de Situação Cadastral no CPF;	Acessar para emissão: https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp
H) original e fotocópia do cartão de cadastramento no PIS/PASEP (se possuir);	Entrar no app MeuInss ou no link https://meu.inss.gov.br/#/login e gerar um pdf da página Meu cadastro
I) 1 fotografias 3x4 recentes;	
J) original e fotocópia do Título de Eleitor	
K) Certidão de quitação Eleitoral	Para emissão: https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-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	Documentos que comprovem escolaridade, categoria profissional, exemplo, tipo registro no órgão de classe, CNH e outras exigências do cargo.

SECRETARIA DE SAÚDE

fiscalização do exercício profissional competente);	
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 art. 37, inciso XVI da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Acumulação de Cargos e Funções) e ainda, quanto aos proventos de aposentadoria, o disposto no art. 37, §10, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 , com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 20/98 .	(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;	
O) 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 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 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 2023.

DECLARANTE

a)

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

Eu, _____, portador do RG nº _____ e CPF nº _____, DECLARO para fins de contrato 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 inacumulável 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 inacumulável 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

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

ANEXO IV – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
Processo Seletivo Simplificado – PSS – Edital nº 009/2023



SECRETARIA DE SAÚDE

Cargo: Agente Comunitário de Saúde (ESF) n° ____/2023

Nome do Candidato: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Documento de Identificação: _____ (RG ou CPF)

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS A CONSTAR NO ENVELOPE LACRADO (CÓPIAS LEGÍVEIS):

- Carteira de Identidade;
- CPF;
- 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.

Exemplo: Certidão de Contagem de Tempo no cargo pretendido (se houver) ou cópia da carteira de trabalho (CTPS) onde demonstre os registros na área; Certidão de Contagem de Tempo na Área Pública (se houver) ou cópia da carteira de trabalho (CTPS) onde demonstre os registros na área.

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 009/2023**. Submeto-me as condições estabelecidas as quais afirmo conhecer e concordar plenamente.

Itapeva/MG, ____/____/2023.

Assinatura _____

Comprovante de Inscrição Edital 009/2023

Nome:	Cargo: Agente Comunitário de Saúde ESF)	Nº Insc:
Em ____/____/2023 - Responsável pela inscrição:		

