**ANEXO I**

# DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO, QUANTIDADE DE VAGAS, CARGA HORÁRIA E VENCIMENTOS

| **DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO, VAGAS, REQUISITOS E REMUNERAÇÃO** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **Nº DE VAGAS AMPLA CONCORRÊNCIA** | **Nº DE VAGAS PARA PCD** | **QUANTIDADE TOTAL DE VAGAS** | **CARGA HORÁRIA DE TRABALHO** | **ESCOLARIDADE E REQUISITOS MÍNIMOS PARA A FUNÇÃO** | **VENCIMENTO BRUTO** |
| **ATENDENTE DE**  **FARMÁCIA** | **01** | **01** | **02** | 40 h semanais | 1. Ensino Médio Completo; 2. Curso de atendente de farmácia | **R$ 1.518,00**  (SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE) |
| **CONDUTOR**  **DO**  **SAMU** | **04** | **01** | **05** | 40 h semanais | 1. Ensino Médio Completo; 2. Habilitação na categoria “D”. 3. Curso de condutor de veículo de emergência; 4. Curso de APH nos últimos 12 meses 5. Curso de salvamento em altura, com carga mínima de 20h; 6. Curso de parto humanizado. | **R$ 1.518,00**  (SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE) |
| **RECEPCIONISTA** | **15** | **01** | **16** | **40h**  **semanais** | 1. Ensino Médio Completo; 2. Curso de   Informática Básica, mediante comprovação;   1. Curso de Recepcionista, mediante comprovação | **R$ 1.518,00**  (SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE) |

| **VETERINÁRIO** | **01** | **-** | **01** | 40 h semanais | 1. E nsino Superior Completo em Medicina Veterinária; 2. Experiência mediante comprovação; 3. Registro ativo   no Conselho de Classe.   1. Experiência em Vigillância em Saúde | **R$ 1.518,00**  (SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIGILANTE** | **10** | **01** | **11** | 40 h semanais | 1. Ensino Fundamental completo; 2. Curso de Vigia, mediante comprovação; 3. Experiência, mediante comprovação. | **R$ 1.518,00**  (SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE) |
| **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS** | **11** | **01** | **12** | 40h  semanais | 1. Condição mínima de escolaridade: ser alfabetizado 2. Experiência mediante comprovação | **R$ 1.518,00**  (SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE) |
| **TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL** | **01** | **01** | **02** | 40 h  semanais | 1. Ensino Médio Completo; 2. Experiência, medinte comprovação 3. Curso de manutenção Predial | **R$ 1.518,00**  (SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE) |

**ANEXO II**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**FUNÇÃO PRETENDIDA:**



1. **Nome do Candidato:**
2. **Número do RG (Identidade):**
3. **Órgão Expedidor:**  **UF:**
4. **Data de Nascimento:**  **Sexo: ( )F/ ( )M**
5. **CPF:**
6. **Endereço Permanente (Rua/Avenida/Nº/Bairro):**



1. **Cidade:**  **UF:**  **CEP:**
2. **Telefones para contato (residencial/celular):**
3. **E-mail:**

**( )** Li e concordo com os termos do Edital nº 001/2025 desta Seleção Simplificada.

**( )** Tenho ciência de que devo acompanhar todas as etapas do referido certame (prazos, publicações, resultados e recursos).

Taquaritinga do Norte, de de 2025.



## Assinatura do Candidato

**ANEXO III**

# FUNÇÕES E RESPECTIVAS ATRIBUIÇÕES

| **ATRIBUIÇÕES** | |
| --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **ATRIBUIÇÕES** |
| **ATENDENTE DE FARMÁCIA** | Promover a guarda e adequado armazenamento dos medicamentos nas farmácias; manter atualizados os controles de saída e entrada de medicamentos e insumos; elaborar relatórios periódicos; realizar dispensação de medicações prescritas para os usuários, conforme protocolo do serviço; auxiliar o farmacêutico nas ações e serviços desenvolvidos. |
| **CONDUTOR DO SAMU** | Conduzir veículo terrestre de urgência e emergência destinado ao APH (atendimento pré hospitalar) e transporte de pacientes. Auxiliar na realização de manobras de reanimação cardiopulmonar básica (RCP); Conduzir maca; Trocar cilindros de oxigênio e ar comprimido em ambulância; Auxiliar no resgate de vítimas em situação de difícil acesso; Auxiliar na aplicação dos procedimentos de primeiros socorros; Auxiliar na imobilização de paciente em prancha rígida para transporte; Auxiliar na imobilização da região cervical do paciente em situação de trauma; Auxiliar na imobilização de membros de paciente em situação em trauma; Auxiliar na contenção de paciente com alteração de comportamento; Au xiliar na abordagem de parto de risco habital no APH; Auxiliar na realização de manobra de desengasgo; Auxiliar a equipe de saúde no que se refere aos itens e materiais contidos no veículo. |
| **RECEPCIONISTA** | Receber e atender visitantes, pacientes e usuários que procuram os serviços da secretaria; Realizar o atendimento telefônico, encaminhando ligações e fornecendo informações básicas sobre os serviços disponíveis; Organizar os ambientes de atendimento e reuniões, ajudando a proporcionar um ambiente acolhedor e eficiente; Auxiliar na preenchimento de formulários e relatórios simples, quando necessário, realizar tarefas administrativas básicas, como controle de documentos e arquivamento de papéis. |

| **VETERINÁRIO** | Responsável por acompanhar as equipes da Vigilância Sanitária em ações de campo. Alimentar o sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial – GAL (Animal). Emitir Autorização e Laudos para situações diversas, de acordo com as atribuições da função. |
| --- | --- |
| **VIGILANTE** | Exercer vigilância nos órgãos da Secretariade Saúde, rondando suas dependências e observando a entrada e saída de pessoas ou bens, para evitar roubos, atos de violência e outras infrações à ordem e à segurança. Percorrer a área sob sua responsabilidade, atentamente para eventuais anormalidades nas rotinas de serviço e ambientais. Manter o ambiente asseado e em condições favoráveis para a realização das atividades ali realizadas. Vigiar a entrada e saída das pessoas, ou bens da entidade. Tomar as medidas necessárias para evitar danos, baseando-se nas circunstâncias observadas e valendo-se da autoridade que lhe foi outorgada. Prestar informações que possibilitam a punição dos infratores e volta à normalidade. Redigir ocorrências das anormalidades ocorridas. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional. |
| **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS** | Realizar a limpeza e conservação dos ambientes, incluindo escritórios, corredores, banheiros e áreas comuns; Manter a organização e higiene do local de trabalho, garantindo um ambiente saudável para todos; Auxiliar na reposição de materiais de higiene e limpeza, como papel, sabonetes e produtos de limpeza; Executar pequenas tarefas de manutenção e conservação, quando necessário; Colaborar com a equipe na organização de espaços e equipamentos. |
| **TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL** | Responsável por garantir que as instalações físicas dos prédios públicos estejam sempre em boas condições de uso. Isso inclui realizar reparos, manutenção preventiva e corretiva em sistemas elétricos, hidráulicos, de ar-condicionado, além de cuidar da conservação geral do prédio. Ele atua para assegurar um ambiente seguro, confortável e funcional para os profissionais de saúde e a comunidade que frequenta eses locais. É uma função fundamental para manter a infraestrutura adequada para o funcionamento eficiente dos serviços de saúde. |

# ANEXO IV

# TABELA DE PONTUAÇÃO

| **REQUISITOS PONTUÁVEIS** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **NÍVEL DE ESCOLARIDADE** | **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO** | **PONTUAÇÃO UNITÁRIA** | **PONTUAÇÃO TOTAL** |
| **NÍVEL SUPERIOR** | Experiência comprovada na função a qual concorre, em conformidade com as atribuições estabelecidas  no Anexo I deste Edital. | 1 ponto a cada 6 meses | **6 pontos** |
| Experiência comprovada na na gestão pública | 1 ponto a cada 2 meses | **1 ponto** |
| Curso de Pós Graduação, mediante  apresentação de diploma. | 1 ponto para cada Pós Graduação | **2 pontos** |
| Certificado de Extensão  em áreas correlatas. | 1 ponto para cada Curso | **1 ponto** |
| **TOTAL DE PONTOS:** | | - | **10** |
|  | | | |
| **NÍVEL MÉDIO/TÉCNICO** | Experiência comprovada na função a qual concorre, em conformidade com as atribuições estabelecidas  no Anexo I deste Edital. | 1 ponto a cada 6 meses | **6 pontos** |
| Certificado de Conclusão  do Ensino Médio | 2 pontos | **2 pontos** |
| Certificado ou declaração de conclusão de  Curso de Qualificação profissional na área  à qual concorre, com carga horária mínima de 60 (sessenta) horas e emitido nos últimos doze meses. | 1 ponto | **2 pontos** |
| **TOTAL DE PONTOS:** | | **-** | **10** |
|  | | | |
| **NÍVEL FUNDAMENTAL** | Experiência comprovada na função a qual concorre, em conformidade com as  atribuições estabelecidas no Anexo I deste Edital. | 1 ponto a cada 6 meses | **7 pontos** |

|  | Certificado de Conclusão  do Ensino Fundamental | 3 pontos | **3 pontos** |
| --- | --- | --- | --- |
| **TOTAL DE PONTOS:** | | - | **10** |

**ANEXO V**

# DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO INDEVIDA DE CARGO OU FUNÇÃO PÚBLICA

**Nome:**

# CPF:

**DECLARO**, sob as penas da lei que:

( ) Não exerço qualquer outro cargo público, função ou emprego em Entidades Federais, Estaduais ou Municipais, bem como Autarquias, Empresas Públicas ou de Economia Mista e em Fundações Públicas.

( ) Exerço, além do cargo a ser desempenhado no Fundo Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte PE, o(s) outros cargo(s) público(s), função(es) ou emprego(s) abaixo:

1. , cuja jornada de trabalho é de

semanais (das h às h de a

, no seguinte Órgão: .

1. , cuja jornada de trabalho é de

semanais (das h às h de a

, no seguinte Órgão: .

Declaro, ainda, que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado.

Taquaritinga do Norte PE, de de 2025.



## Assinatura do Candidato

## ANEXO VI

# DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, , portador (a) do CPF: , declaro para fins de posse no cargo de

, do quadro permanente de pessoal do Fundo Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte PE, em decorrência de aprovação em processo seletivo, e em cumprimento às disposições legais pertinentes, que:

1. ( ) Não possuo bens e valores patrimoniais que se enquadrem entre os elencados no item
2. ( ) Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis, móveis, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou quaisquer outros bens e valores patrimoniais localizados no País ou no exterior):

**Obs.:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro (a), filho (a), ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

| **DESCRIÇÃO DO BEM** | **VALOR (R$)** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



## Assinatura do Candidato

**ANEXO VII**

# DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE MORAL

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins de direito que sou detentor de idoneidade moral ilibada e nunca respondi por sindicância ou processo administrativo por conduta desabonadora praticada no âmbito da Administração Pública.

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.

Taquaritinga do Norte PE, de de 2025.



## Assinatura do Candidato

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA**

# DADOS DO MÉDICO:

Nome completo: CRM/UF: Especialidade: Declaro que o(a) Sr(ª): Identidade nº: CPF nº: , inscrito(a) como Pessoa com Deficiência no Processo de Seleção Pública Simplificada do Fundo Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte- PE, concorrendo a uma vaga para a função de , conforme Portaria nº fundamentado no

exame clínico e nos termos legislação em vigor (Decreto Federal nº 3.298/1999), (é/ não é) portador (a)da Deficiência (física/auditiva/ visual) de CID: , em razão do seguinte quadro:



Taquaritinga do Norte, de de 2025.

## Assinatura com carimbo do médico.

Legislação de referência Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999: Art. 4º- É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias: **I - Deficiência Física** – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; **II – Deficiência Auditiva** - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; **III - Deficiência Visual** - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

**ANEXO IX**

# CAPA DO ENVELOPE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

**NOME:**

**FUNÇÃO PRETENDIDA:**

REQUERIMENTO

À Comissão, Na condição de candidato na Seleção Pública Simplificada do Fundo Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte-PE, solicito análise da documentação anexa, apresentada na seguinte ordem:

| **Sequência de**  **apresentação** | **Especificação da documentação** | **Quantidade**  **de Folhas** |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Cópia da RG; |  |
| **2.** | Cópia do CPF; |  |
| **3.** | Certidões e demais documentos; |  |
| **4.** | Cópia do comprovante de conclusão de Ensino Médio **ou** Certificado de Curso Técnico **ou** Diploma de Conclusão de Curso Superior (conforme função desejada); |  |
| **5.** | Comprovação de residência/ domicílio de qualquer  natureza; |  |
| **6.** | Cópias de todos os certificados, certidões, comprovantes e declarações a serem pontuados na Avaliação Curricular. |  |
| **TOTAL DE FOLHAS CONTIDAS NO ENVELOPE** | |  |
| ( ) Declaro ter conhecimento de que a avaliação curricular será realizada mediante análise dos  documentos acima descritos e apresentados em anexo. | | |

Taquaritinga do Norte, de de 2025.



## Assinatura do Candidato

**ANEXO X**

# CRONOGRAMA

| **EVENTO** | **DATA/PERÍODO** | **LOCAL** |
| --- | --- | --- |
| **Inscrições** | De 05 de maio à 16 de maio de 2025 | * **Sede da Secretaria de Saúde:** Rod. PE 130, KM 08, Bairro Jucá, Taquaritinga do Norte-PE. |
| **Análise da Documentação** | De 19 à 26 de  maio de 2025 |  |
|  |  | Através do: |
|  |  | * **Portal da Transparência do** |
|  |  | **Município:** |
|  |  | https://www.taquaritingadono |
|  |  | rte.pe.gov.br/ |
| **Resultado Preliminar** | 27 de maio de 2025 | **E** |
|  |  | * **Diário Oficial dos** |
|  |  | **Municípios – AMUPE:** |
|  |  | https://www.diariomunicipal. |
|  |  | com.br/amupe/pesquisar |
| **Prazo Recursal** | De 28 à 29 de maio de 2025 | **Presencialmente, na sede da Secretaria de Saúde:**  Rod. PE 130, KM 08, Bairro Jucá,  Taquaritinga do Norte-PE. |

|  |  | Através do: |
| --- | --- | --- |
|  |  | * **Portal da Transparência do** |
|  |  | **Município:** |
|  |  | https://www.taquaritingadono |
| **Resultado Final da Seleção -Após Análise de Recursos** | 30 de maio de 2025 | rte.pe.gov.br/  **E** |
|  |  | * **Diário Oficial dos** |
|  |  | **Municípios – AMUPE:** |
|  |  | https://www.diariomunicip |
|  |  | al.com.br/amupe/pesquisar |
|  |  | Através do: |
|  |  | * **Portal da Transparência do** |
|  |  | **Município:** |
|  |  | https://www.taquaritingadono |
| **Homologação do Processo Seletivo Simplificado** | 30 de maio de 2025 | rte.pe.gov.br/  **E** |
|  |  | **Diário Oficial dos Municípios** |
|  |  | **– AMUPE:** |
|  |  | https://[www.diariomunicipal.c](http://www.diariomunicipal.c/) |
|  |  | om.br/amupe/pesquisar |
| **Convocação dos Classificados** | 31 de maio de 2025 | Através do:   * **Portal da Transparência do Município:** https://www.taquaritingadono rte.pe.gov.br/   **E**  **. Diário Oficial dos Municípios – AMUPE:**  https://[www.diariomunicipal.com.b](http://www.diariomunicipal.com.b/) r/amupe/pesquisar |

**ANEXO XI**

# FORMULÁRIO PARA RECURSO

À Comissão Organizadora e de Avaliação da Seleção Pública Simplificada nº 001/2025 do Fundo Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte/PE.

1. **Nome do Candidato:**
2. **Número de inscrição:**
3. **Função Pretendida:**

**Razões do Recurso:**



Taquaritinga do Norte, de de 2025.



**Assinatura do Candidato**