**ANEXO I**

**FUNDATA**

**DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO**

| **FUNÇÃO** | **Nº DE****VAGAS GERAIS** | **Nº DE VAGAS PARA PCD** | **QUANTIDADE TOTAL DE VAGAS** | **CARGA-HORÁRIA DE TRABALHO** | **ESCOLARIDADE E REQUISITOS MÍNIMOS PARA A FUNÇÃO** | **REMUNERAÇÃO MENSAL** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOTORISTA** | **07** | **01** | **08** | 40 hs semanais | Possuir habilitação específica para a função;Curso de APH atualizado | R$ 1.518,00 |
| **VIGILANTE** | **04** | **01** | **05** | 40 hs semanais | Ensino Fundamental Completo;Curso de Vigia mediante comprovação com certificado atualizado até a data de publicação do edital;Experiência mediante comprovação | R$ 1.518,00 |
| **SERVIÇOS GERAIS** | **08** | **01** | **09** | 40 hs semanais | Escolaridade mínima(saber ler e escrever;Experiência mediante comprovação | R$ 1.518,00 |
| **COZINHEIRA** | **08** | **01** | **09** | 40 hs semanais | Condição mínima de escolaridade: ser alfabetizado (saber ler e escrever);Experiência mediante comprovação | R$ 1.518,00 |
| **LAVADEIRA** | **02** | **00** | **02** | 40 hs semanais | Condição mínima de escolaridade: ser alfabetizado (saber ler e escrever);Experiência mediante comprovação | R$ 1.518,00 |
| **RECEPCIONISTA** | **08** | **01** | **09** | 40 HS SEMANAIS | Ensino médio completo;Curso de informática básica mediante comprovação;Curso de recepcionista mediante comprovação, com certificado atualizado até a data de publicação do edital;Experiência mediante comprovação | R$ 1.518,00 |
| **MAQUEIRO** | **01** | **00** | **02** | 40 HS SEMANAIS | -condição mínima de escolaridade: ser alfabetizado (saber ler e escrever); | R$ 1.518,00 |
| **SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PREDIAL** | **01** | **00** | **02** | 40 HS SEMANAIS | Condição mínima de escolaridade: ser alfabetizado (saber ler e escrever); | R$ 1.518,00 |

| **ANEXO II****FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO****FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE****FICHA DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA 2025.****EDITAL 001/2025** |
| --- |
| Nome do Candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço residencial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Telefones ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  | Li e concordo com os termos do Edital 001/2025. Tenho ciência de que devo acompanhar todas as etapas do Referido Certame (prazos; publicações; resultados e recursos).  |

Data da Inscrição \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO III**

 **MODELO DE CURRÍCULO**

DADOS PESSOAIS

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FILIAÇÃO:

Nome do Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FORMAÇÃO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, ser alfabetizado, sabendo ler e escrever.

Taquaritinga do Norte, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_de 2025.

(ASSINATURA DO DECLARANTE)

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO IV**

**CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO**

| **REQUISITOS PONTUÁVEIS** |
| --- |
| **NÍVEL DE ESCOLARIDADE** | **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO** | **PONTUAÇÃO UNITÁRIA** | **PONTUAÇÃO TOTAL** |
|  |
| **NÍVEL MÉDIO** | Experiência comprovada na função a qual concorre, em conformidade com as atribuições estabelecidasno Anexo I deste Edital. | 1 ponto a cada 6 meses | **6 pontos** |
| Certificado de Conclusãodo Ensino Médio | 2 pontos | **2 pontos** |
| Certificado ou declaração de conclusão deCurso de Qualificação profissional na áreaà 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 asatribuições estabelecidas no Anexo I deste Edital. | 1 ponto a cada 6 meses | **7 pontos** |
| Certificado de Conclusão de Ensino Fundamental  | 3 pontos  | **3 pontos** |
| **TOTAL DE PONTOS: 10**  |

**ANEXO V**

 **CRONOGRAMA**

| **EVENTO** | **PERÍODO** |
| --- | --- |
| Inscrições | 12/05/2025 a 23/05/2025 |
| Análise do Currículo, documentação comprobatória | 26/05/2025 e 27/05/2025 |
| Resultado PreliminarLocal: Será divulgado no Quadro de Aviso da Secretaria de Obras e Urbanismo – situada na Rua Severino Tavares, s/n Centro, Taquaritinga do Norte/PE. Fone: (81) 99757-9857 | 28/05/2025 |
| Prazo recursal |  29/05/2025 a 30/05/2025 |
| Resultado Final e Homologação do Processo Seletivo | 02/06/2025 |
| Convocação dos classificados | 03/06/2025  |

**ANEXO VI – FORMULÁRIO PARA RECURSO**

À Comissão Organizadora e de Avaliação da Seleção Pública Simplificada nº 01/2025 da Fundação Municipal de Saúde do Município de Taquaritinga do Norte/PE.

Nome do Candidato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de inscrição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razões do Recurso:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCA**

Dados do médico:

Nome completo:

CRM/UF:

Especialidade:

DECLARO para os devidos fins, que o Sr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identidade n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito como pessoa com Deficiência na Seleção Simplificada da Fundação Municipal de Saúde (FUNDATA)DE Taquaritinga do Norte, concorrendo a uma vaga para a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fundamentado no exame clinico e nos termos da legislação em vigor (Decreto Federal n° 3.298/1999), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (é/ não é) portador(a) da Deficiência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (física/auditiva/visual) de CID 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_, em razão do seguinte quadro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Taquaritinga do Norte-PE, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/2025.

Assinatura com o carimbo do médico