



# EDITAL N.º 001

## Processo Seletivo Simplificado N.º 002/SEMUS/2021

### AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A **Prefeitura Municipal de Iconha** torna público que, através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), realizará processo para seleção de profissionais em regime de designação temporária para imediata contratação e formação de cadastro de reserva em atendimento às necessidades excepcionais desta Secretaria com base nas Leis Municipais: Lei Municipal nº 717/2013, 720/2013 e suas prorrogações.

#### 1- DA COMISSÃO MUNICIPAL DO PROCESSO SELETIVO

1.1 – A Comissão do Processo Seletivo será composta por 03 (três) servidores da Secretaria Municipal de Saúde, desde que não estejam participando do presente processo seletivo.

1.2 – Havendo necessidade a SEMUS poderá designar outros servidores para auxiliar a Comissão, desde que não estejam participando do presente processo seletivo.

1.3 – A SEMUS contará com a assessoria da Procuradoria Geral da Prefeitura Municipal de Iconha, para auxiliar nos trabalhos executados pela Comissão.

#### 2- DA FUNÇÃO/ OBJETO DO CONTRATO/DURAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO

2.1. O Processo Seletivo tem por finalidade a contratação de profissionais em **DESIGNAÇÃO TEMPORÁRIA** para o exercício da função de **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**. A descrição das funções é a constante no Anexo I.

2.3. Compreende-se como processo seletivo: a inscrição, a classificação e a convocação.

2.4. O Processo Seletivo terá duração de 02 (dois) anos, podendo ser prorrogado por igual período, a partir da data de divulgação da homologação do resultado final, ou enquanto durar a listagem de reserva técnica, caso interesse da municipalidade nos termos da legislação municipal.



### 3- DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO E DO PROCESSO SELETIVO

3.1- A vigência do contrato de trabalho será **até** 31 de dezembro de 2021, podendo ser prorrogado ou rescindido nos termos da legislação municipal e ou com o início do exercício de candidato aprovado em concurso público.

### 4- DA CESSAÇÃO DA DESIGNAÇÃO TEMPORÁRIA

4.1- À Secretaria Municipal de Saúde caberá a responsabilidade de providenciar a comunicação da cessação da designação temporária que ocorrer antes do término previsto ao **Departamento de Recursos Humanos**.

### 5- DO CADASTRO RESERVA

5.1- O número de vagas de que trata o presente Edital será as descritas no item 6.2.1 e a localização será feita por ato da Secretaria Municipal de Saúde.

5.2 - Ficam reservadas 5% (cinco por cento) do cadastro reserva disponibilizadas para contratação temporária (art. 6º, parágrafo único da Lei nº 455 de 03/09/2007 com a redação da Alterado pela Lei nº 903 de 26/11/2015), a serem ocupadas por meio do Processo Seletivo Simplificado, para os candidatos com Deficiência, cujas atribuições da função sejam compatíveis com a deficiência, nos termos do item 7 do presente Edital.

5.3- Para efeito de chamada, a carga horária **semanal** será **40 (quarenta) horas semanais** para Agente Comunitário de Saúde.

### 6- DAS INSCRIÇÕES

1. Antes de efetuar a inscrição, o candidato deverá ler com atenção e conhecer o edital e suas retificações, bem como seus anexos e toda a legislação que o rege e certificar-se de que preenche todos os pré-requisitos exigidos para a função e que será capaz de apresentar, no momento oportuno, toda a documentação ali elencada.

2. As inscrições para o presente processo seletivo serão realizadas única e exclusivamente por meio eletrônico, a partir das 08h00min do dia 22/04/2021, até às 16h00min, do dia 26/04/2021 (cronograma no item 14), observado o fuso-horário de Brasília/DF, e serão gratuitas.

1.2.1. Para inscrever-se via internet, o candidato deverá acessar o site da Prefeitura Municipal de Iconha, disponível no endereço eletrônico <https://www.iconha.es.gov.br/>, clicar em “Processo Seletivo” – “Processo Seletivo Saúde” e, em seguida, clicar no “Processo Seletivo Simplificado 002/2021” para preencher a ficha de inscrição, não podendo haver omissão de dados nela solicitados.



1.2.2. Após o preenchimento e envio da ficha de inscrição, o candidato receberá, no e-mail cadastrado no momento da inscrição, o comunicado de confirmação com o número da sua inscrição.

1.2.2.1. O candidato deverá informar endereço de e-mail válido, pois o comprovante da inscrição será enviado unicamente ao endereço de e-mail do candidato, informado no formulário de inscrição.

1.2.3. O candidato classificado e convocado posteriormente, na forma do item 12.2.5 deste edital, deverá comprovar as informações declaradas na inscrição.

1.2.4. Qualquer problema que ocorrer no momento da inscrição deverá ser relatado imediatamente a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do e-mail [pss2021semus@gmail.com](mailto:pss2021semus@gmail.com) ou no telefone (28) 3537-1472, no horário das 07h00 às 11h00.

3. A Secretaria Municipal de Saúde e a Comissão do Processo Seletivo não se responsabilizarão pelo preenchimento incorreto dos dados da inscrição, nem por inscrição não efetivada por motivo de ordem técnica, falhas de comunicação, ou de congestionamento de linhas de comunicação, falta de energia elétrica ou de internet, sendo de inteira responsabilidade do candidato a inserção de suas informações.

4. O candidato deverá seguir rigorosamente as instruções contidas neste edital para preenchimento do formulário de inscrição, assumindo total responsabilidade pela veracidade das informações prestadas, sendo que na hipótese de declaração falsa ou que difira dos documentos originais, terá sua inscrição imediatamente cancelada e em consequência, anulada todos os atos dela decorrentes, mesmo que aprovado, se houver constatação posterior.

5. Uma vez efetuada e finalizada a inscrição e constatado erro no seu preenchimento pelo candidato, não será aceita nova inscrição nem será possível alteração dos dados de habilitação inseridos.

6. Não serão aceitas inscrições condicionais, e-mail, ou outra forma não prevista ou fora do prazo estabelecido neste Edital.

7. Compete ao candidato, a responsabilidade pela escolha dos títulos a serem apresentados, assim como os documentos de comprovação do pré-requisito.

8. Somente será permitida uma inscrição por candidato.

9. São requisitos para inscrição:

- a) Ser brasileiro, nato ou naturalizado, ou português com residência permanente no País, se houver reciprocidade em favor dos brasileiros, nos termos do § 1º, do art. 12, da Constituição Federal;
- b) Ter no mínimo 18 (dezoito) anos de idade completados até a data de assinatura do contrato;
- c) Possuir habilitação exigida para a função e demais qualificações requeridas no processo seletivo;



- d) Antes de efetuar a inscrição o candidato deverá conhecer o edital e certificar-se de que preenche todos os requisitos exigidos. A inscrição do candidato no presente processo seletivo implicará o conhecimento e tácita aceitação das condições estabelecidas neste edital, das quais o candidato não poderá alegar desconhecimento, sob nenhuma hipótese;
- e) Não se enquadrar na vedação de acúmulo de cargos, conforme previsto no Art. 37, item XVI da Constituição Federal e Art. 2º e 5º da Portaria do Ministério da Saúde nº 134 de 04 de abril de 2011;
- f) Estar em dia com as obrigações eleitorais;
- g) Se do sexo masculino, estar em dia com as obrigações do serviço Militar;
- h) Gozar de boa saúde física e mental.
- i) Não ter sido demitido por justa causa nas esferas da Administração Pública direta e indireta, de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e respectivas autarquias ou de empresa privada.
- j) Não ter o contrato de trabalho celebrado com Administração Pública direta e indireta, de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios rescindido antecipadamente por decisão em processo administrativo que tenha apurado insuficiência no desempenho profissional nos últimos 02 (dois) anos, comprovado através de atestado do respectivo órgão.

6.2.1. São requisitos específicos:

FUNÇÕES	REMUNERAÇÃO R\$	QUANTIDADE DE VAGAS	REQUISITO ESPECÍFICO	LOCAL DE TRABALHO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS  (40 HORAS SEMANAIS)	R\$1.400,00 + ticket alimentação 310,00+ticket feira 28,00	01 +CR	Ensino Médio completo e <u>Residir na microárea em que atuar</u> , desde a publicação do edital do processo seletivo.	<b>Atuar nas demandas da Secretaria de Saúde, conforme quadro de localidade.</b>



### **LOCALIDADE E VAGA DE CONTRATAÇÃO ACS**

<b>UBSF</b>	<b>ÁREA DE ABRAGENCIA</b>	<b>VAGAS</b>
<b>ANACLETO EUGENIO CREMONINI – BOM DESTINO</b>	GUAXUMA E MONTE BELO MICROÁREA 11	<b>CR</b>
	VENEZUELA MICROÁREA 18	<b>CR</b>
	PEDRA LISA BAIXA MICROÁREA 23	<b>CR</b>
	PALMITAL MICROÁREA 30	<b>CR</b>

<b>UBSF</b>	<b>ÁREA DE ABRAGENCIA</b>	<b>VAGAS</b>
<b>DORIVAL GARCIA DE MATTOS - CENTRO</b>	CENTRO/MORADA VALE DO SOL/RECANTO DAS FLORES MICROÁREA 01	<b>CR</b>
	CENTRO MICROÁREA 07	<b>CR</b>
	CENTRO/JARDIM JANDIRA MICROÁREA 21	<b>CR</b>
	CENTRO MICROÁREA 32	<b>CR</b>

<b>UBSF</b>	<b>ÁREA DE ABRAGENCIA</b>	<b>VAGAS</b>
<b>UNIDADE SANITÁRIA DE DUAS BARRAS</b>	CORRÉGO DO LOPES MONTE BELO MICROÁREA 15	<b>CR</b>
	SÃO JOSÉ/ALTO INHAÚMA MICROÁREA 17	<b>CR</b>
	NOVA ESPERANÇA/CORREGO CECILIA MICROÁREA 19	<b>1+CR</b>
	INHAÚMA/ALTO SÃO JOSÉ MICROÁREA 27	<b>CR</b>
	MICROÁREA 29	<b>CR</b>



UBSF ÁREA DE ABRAGENCIA		VAGAS
<b>UBSF FRANCIS RAMOS MONGIM – ILHA DO COCO</b>	SANTA RITA/TAQUARAL MICROÁREA 04	<b>CR</b>

UBSF	ÁREA DE ABRAGENCIA	VAGAS
<b>UBSF ROBERTO BOCOLI MACARINI - TOCAIA</b>	BEIRA RIO (Itapoama)/TOCAIA/ALTO TOCAIA/TAPUIO MICROÁREA 31	<b>CR</b>

6.3- Para efeito de inscrição, o candidato preencherá formulário padrão, conforme ANEXO II, com letra legível, não podendo haver rasuras ou emendas, nem omissão de dados, fazendo a juntada da documentação necessária descrita abaixo, em envelope trazido pelo candidato e que será lacrado pela comissão após contagem das laudas:

- Cópia simples da Carteira de Identidade ou Carteira de Trabalho;
- Cópia simples do CPF;
- Cópia **autenticada** do comprovante de escolaridade (diploma ou histórico escolar ou certidão de escolaridade);
- Declaração/relação de tempo de serviço, datada e assinada e carimbada pela autoridade competente em papel timbrado;
- Cópia **autenticada** dos títulos;
- Instrumento procuratório específico com firma reconhecida, **se candidato inscrito através de procurador**;
- PARA A FUNÇÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:** Cópia simples do COMPROVANTE DE RESIDENCIA (atual) NO NOME DO CANDIDATO e FICHA (A)/CADASTRO INDIVIDUAL E-SUS (solicitada na Unidade de Saúde da área pleiteada).

6.3.1- Compete ao candidato, a responsabilidade pela escolha dos títulos a serem apresentados, assim como os documentos de comprovação do pré-requisito.

6.3.2- O candidato inscrito por procuração assume total responsabilidade pelas informações prestadas por seu procurador.



## **7- DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

7.1- Ressalvadas as disposições contidas neste Edital, os candidatos que se declararem com Deficiência participarão do Processo Seletivo em igualdade de condições com os demais candidatos.

7.2- Para concorrer ao processo seletivo, o candidato deverá:

- a) no ato da inscrição, no formulário padrão declarar-se pessoa com deficiência;
- b) anexar ao envelope de inscrição laudo médico (original ou cópia autenticada em cartório), emitido nos últimos 06 (seis) meses, a contar da primeira publicação deste edital, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como à provável causa da deficiência.
- c) O fornecimento do Laudo Médico é de responsabilidade exclusiva do candidato.

7.3- Serão consideradas pessoas com deficiência aquelas que se enquadrem nas categorias discriminadas no artigo 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, e suas alterações e as contempladas pelo enunciado da Súmula 377, do Superior Tribunal de Justiça.

7.4- A inobservância do disposto no item 7.2 acarretará a perda do direito de concorrer na qualidade de pessoa com deficiência.

7.5- O laudo médico na versão original ou cópia autenticada em cartório terá validade para este processo seletivo e não será devolvido.

7.6 – Os Laudos Médicos dos candidatos que se declararem com Deficiência serão submetidos à perícia médica a ser promovida pelo médico do trabalho do município, que verificará sobre a sua qualificação ou não, bem como sobre a incompatibilidade entre as atribuições da função e da deficiência apresentada.

7.6.1 - O candidato que for reprovado na perícia médica terá seu nome somente na listagem geral deste Processo Seletivo Simplificado.

7.6.2 - Aquele que for enquadrado como candidato com Deficiência, através de Laudo Médico emitido pela Perícia do Município de Iconha, caso tenha requerido inscrição como tal, terá seu nome na listagem geral e também específica para DEFICIENTES neste Processo Seletivo Simplificado.

7.7 - A listagem dos candidatos com Deficiência, DEFERIDOS e INDEFERIDOS, depois de submetidos à Perícia pelo Município de Iconha, será divulgada por meio de Edital na forma prevista na Lei Orgânica, e no site da Prefeitura.

7.8 - O candidato disporá de 02(dois) dias, contado a partir da divulgação da relação citada no item 7.7 para contestar as razões do não enquadramento, devendo fazê-lo por meio de requerimento autuado no protocolo da Prefeitura Municipal de Iconha, situada na Praça Darcy Marchiori, 11, bairro Jardim Jandira, Iconha-ES.





## 8- DO PROCESSO SELETIVO E CLASSIFICAÇÃO

8.1- A seleção será realizada em etapa única, constituído de **Prova de Avaliação de Títulos**, que serão divididos em dois critérios: títulos e tempo de serviço.

8.2- A lista de classificação dos candidatos inscritos será divulgada na forma da Lei Orgânica do Município e no site da Prefeitura de Iconha [www.iconha.es.gov.br](http://www.iconha.es.gov.br)

8.3 - A Prova de Avaliação de Títulos será pontuada numa escala de 0 (zero) a 100 (cem) pontos e será avaliada em duas categorias conforme quadro abaixo:

## 9 - DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

### 9.1.2 – Ensino Médio Completo (Agente Comunitário de Saúde)

Qualificação Profissional			
Item	Discriminação/ Critérios de Pontuação	Máximo de Títulos	Pontuação por Título
A	Certificado de participação em Curso na área de atuação com duração de 241 horas até 400 horas	01	10 (dez) pontos
B	Certificado de participação em Curso na área de atuação com duração de 121 horas até 240 horas	02	05 (cinco) pontos
C	Certificado de participação em Cursos de até 120 horas	02	05 (cinco) pontos
D	Certificado de participação em cursos na área de informática	01	10 (dez) pontos
Exercício Profissional			
Discriminação		Pontuação	
A	Tempo de Serviço prestado no cargo e função pleiteados, <b>até o limite de 60 meses</b> , prestados em instituição pública ou privada.	(um) ponto por mês de trabalho completo (30 dias)	
Para comprovação do exercício de atividade profissional, será considerado tempo de serviço conforme item 9.2 e 9.3 do presente edital			

9.2- O tempo de serviço deverá ser comprovado através atestado do respectivo órgão indicando o tempo de efetivo exercício, com a assinatura e o carimbo que identifique o responsável pela declaração/informação.

9.2.1 O tempo de serviço prestado em órgão Público será comprovado através de documento expedido pelo Poder Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel timbrado, com carimbo do órgão expedidor, datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos da Secretaria de Administração ou Secretaria equivalente, não sendo aceitas, sob hipótese alguma, declarações expedidas por **qualquer órgão que não especificado neste item**.





9.2.2 - O tempo de serviço prestado a empresa privada será comprovado através de Cópia **autenticada** da carteira de trabalho (registro do(s) contrato(s) de trabalho). No caso de contrato de trabalho em vigor (**carteira sem data de saída**), o candidato deverá também anexar declaração do empregador, em papel timbrado, com carimbo, data e assinatura do responsável pela emissão da declaração, atestando o término ou continuidade do contrato.

9.2.3- Se comprovado a emissão de declaração falsa, o declarante será responsabilizado civil e criminalmente pela ação nos termos da Lei.

9.2.4- O Contrato temporário poderá ser rescindido antecipadamente:

- a) Com o início do exercício de candidato aprovado em concurso público.
- b) Por apresentação de documentos falsos, sendo responsabilizado civil e criminalmente pela ação;
- c) Por conveniência da Administração Municipal devidamente justificada;
- d) Por iniciativa do contratado;
- e) Por falta disciplinar.

9.3. Não será computado o tempo de serviço prestado em outra função.

9.3.1- Não será computado o tempo de serviço prestado concomitantemente em mais de um cargo, emprego público ou de empresa privada.

9.3.3- O tempo de serviço já computado na aposentadoria não será considerado para contagem de pontos no processo seletivo.

9.4 – A nota final do candidato será a somatória da avaliação de Títulos e Tempo de Serviço.

## **10- DA CLASSIFICAÇÃO FINAL E DO DESEMPATE**

10.1- A classificação final do candidato será divulgada por nome do candidato, nº de inscrição e consistirá na somatória da avaliação de Títulos e Tempo de Serviço.

10.2- Os candidatos serão classificados por ordem decrescente do valor da nota final.

10.3- Nos casos de empate na classificação, o desempate obedecerá a seguinte ordem de prioridade:

- a) O candidato que obtiver maior número de pontos no tempo de serviço na função;
- b) O candidato que obtiver maior número de pontos na titulação apresentada;
- c) O candidato com maior idade.



## 11- DO RECURSO

11.1.1. Os pedidos de recurso dos resultados da classificação deverão ser dirigidos à Comissão do Processo Seletivo mediante preenchimento de formulário disponível no site da Prefeitura Municipal de Iconha, disponível no endereço eletrônico <https://www.iconha.es.gov.br/>, impreterivelmente na data e horário previstos no cronograma do item 14;

11.1.2. Para realizar os pedidos de recurso, o candidato deverá acessar o site <https://www.iconha.es.gov.br>, clicar em “Processo Seletivo” – “Processo Seletivo Saúde” e, em seguida, clicar em “Processo Seletivo Simplificado 002/2021” para preencher o Formulário de Pedido de Recurso;

11.1.3. Após o preenchimento e envio da ficha de inscrição, o candidato receberá, no e-mail informado, uma cópia do formulário de recurso.

11.1.3.1. O candidato deverá informar endereço de e-mail válido, pois o comprovante do recurso apresentado será enviado unicamente ao endereço de e-mail informado no formulário de recurso.

11.1.4. Qualquer problema que ocorrer durante a fase de recurso deverá ser relatado imediatamente a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do e-mail [pss2021semus@gmail.com](mailto:pss2021semus@gmail.com) ou no telefone (28) 3537-1472, no horário das 07h00 às 11h00.

11.1.5. A Secretaria Municipal de Saúde e a Comissão do Processo Seletivo não se responsabilizarão pelo preenchimento incorreto dos dados do formulário de recurso, nem por recurso não efetivado por motivo de ordem técnica, falhas de comunicação, ou de congestionamento de linhas de comunicação, falta de energia elétrica ou de internet, sendo de inteira responsabilidade do candidato a inserção de suas informações.

11.1.6. Não serão aceitos recursos interpostos por outras formas e meios não estipulados neste Edital, inclusive fora do prazo estipulado, bem como aqueles que não apresentarem fundamentação ou embasamento.

11.1.7. Somente serão avaliados os recursos referentes a critérios de pontuação, sendo que erros de preenchimento de ficha não serão avaliados.

2. Os pedidos de recursos que não estiverem devidamente fundamentados serão imediatamente indeferidos.



3. Os pedidos de recursos dos resultados da classificação serão atendidos quando se tratar do resultado do próprio candidato, caso contrário serão indeferidos.

11.3.1. O questionamento quanto ao resultado não garante alteração do mesmo, verificados equívocos por parte da comissão, estes serão retificados em tempo.

11.3.2. Durante o período, a comissão não aceitará novos documentos, substituição dos documentos entregues no período de inscrição e/ou alteração das informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição.

4. Os pedidos de recursos que forem apresentados fora do prazo não serão conhecidos.

## 12 DA CHAMADA

1. A chamada dos classificados será efetuada pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a classificação e necessidade da municipalidade.

2. A chamada se dará através de Edital publicado na forma da Lei Orgânica Municipal, e no site da Prefeitura Municipal de Iconha, disponível no endereço eletrônico [www.iconha.es.gov.br](http://www.iconha.es.gov.br).

12.2.1. Caberá ao candidato verificar se foi convocado no edital publicado e acompanhar sua classificação.

12.2.2. Os candidatos convocados deverão comparecer no dia, horário e local determinado pela Secretaria Municipal de Saúde, através do Edital de Convocação, munidos de toda a documentação descrita no item 12.2.5, para conferência dos documentos declarados no ato da inscrição.

12.2.3. Na hipótese da não apresentação da documentação prevista no item 12.2.5, documentos pessoais e documentos a serem considerados na avaliação de títulos e comprovantes de tempo de serviço previstos, o candidato será sumariamente eliminado do processo.

12.2.4. Caso o somatório dos pontos apresentado na chamada não atinja o total declarado na inscrição, o candidato será sumariamente eliminado do processo.

12.2.5. Compete ao candidato, a responsabilidade pela escolha dos títulos a serem apresentados, assim como os documentos de comprovação do pré-requisito.

3. No ato da chamada, o candidato deverá apresentar, na ordem abaixo estipulada, dentro de envelope devidamente identificado com nome e número de inscrição e que será lacrado pela comissão após conferência e contagem das laudas, as cópias simples ou autenticadas dos documentos, sendo:



- a) Formulário de apresentação de documentos, conforme Anexo II, com letra legível, não podendo haver rasuras ou emendas, nem omissão de dados.
- b) Carteira de Identidade ou Carteira de Trabalho.
- c) CPF.
- d) Comprovante de residência.
- e) Comprovante de escolaridade (diploma ou histórico escolar ou certidão de escolaridade).
- f) Demais diplomas ou certificados de conclusão de curso para compor a pontuação dos títulos.
- g) Comprovante de Habilitação/Registro no Conselho de Classe (quando o cargo exigir).
- h) Declaração/relação de tempo de serviço, datada e assinada e carimbada pela autoridade competente em papel timbrado.
- i) Laudo médico comprovando a deficiência se for o caso.
- j) Para a função de Agente Comunitário de Saúde - ACS: Comprovante de residência (atual) no nome do candidato, além da "Ficha A" ou Ficha de Cadastro Individual do e-SUS (solicitada na unidade de saúde da área pleiteada).

12.3.1. O candidato que não apresentar os documentos autenticados deverá trazer, além do envelope com toda a documentação listada no item 12.2.5, outro envelope com todos os originais dos documentos apresentados, para serem autenticados pelos membros da Comissão de Processo Seletivo no ato da análise documental.

12.3.2. Caso seja constatada alguma irregularidade na documentação apresentada para fins de atendimento ao item 12.2.5 e seus subitens, o candidato terá até 2 (dois) dias, a contar da comunicação da irregularidade, para apresentar defesa e argumentação que será apresentada à Comissão de Processo Seletivo. Caso isso não aconteça no prazo estipulado, ou caso a defesa for indeferida pela Comissão, o candidato será eliminado do processo seletivo.

4. Os candidatos que forem deferidos após a análise documental serão chamados de acordo com a classificação e necessidade da municipalidade, através de edital publicado na forma da Lei Orgânica Municipal e no site da Prefeitura Municipal de Iconha, disponível no endereço eletrônico [www.iconha.es.gov.br](http://www.iconha.es.gov.br).

5. O candidato não poderá se enquadrar na vedação de acúmulo de cargos, conforme previsto no Art. 37, item XVI da Constituição Federal e Art. 2º e 5º da



Portaria do Ministério da Saúde nº 134 de 04 de abril de 2011, ressalvados os casos previstos na Constituição Federal.

6. O não comparecimento do candidato classificado no prazo da chamada implicará na automática eliminação por desistência tácita.
7. A desistência expressa do candidato na chamada, pela ordem de classificação, será documentada e assinada pelo candidato desistente.
8. O candidato não poderá alegar desconhecimento da publicação de convocação, sendo sua responsabilidade, acompanhar durante toda a validade deste Processo Seletivo, as publicações oficiais.
9. A extinção do contrato administrativo ou a desistência após o recebimento do atestado de exercício, por iniciativa do contratado, implicará na desclassificação do candidato no processo seletivo em que vigorar o contrato extinto.

### 13- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

13.1 - As irregularidades constantes no processo de contratação dos profissionais em designação temporária serão objeto de sindicância e os infratores estarão sujeitos às penalidades previstas na lei.

13.2 - Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, observados os princípios e normas que regem a Administração Pública.

13.3 – A inscrição do candidato implicará no conhecimento da presente instrução e seu compromisso em aceitar plena e integralmente as condições determinadas por este Edital e Legislação pertinente.

13.4 - Toda a documentação apresentada pelo candidato no ato da inscrição **não será devolvida**, ficando arquivada nos autos do referido processo seletivo e será incinerada após o término do contrato dos profissionais.

13.5- Concluído o processo de seleção de que trata este edital, sempre que necessário, a Secretaria Municipal de Saúde realizará chamada dos candidatos já classificados, disponibilizado no site [www.iconha.es.gov.br](http://www.iconha.es.gov.br).

13.6- O candidato classificado deverá manter atualizado o número de seus telefones e email junto a Secretaria Municipal de Saúde enquanto durar o prazo de validade do presente Processo Seletivo.

13.7 - Os candidatos estarão sujeitos ao cumprimento do horário de trabalho determinado pela SEMUS. Na impossibilidade de cumprimento o candidato formalizará sua desistência.



13.8- A aprovação neste processo seletivo simplificado não assegura ao candidato a sua contratação, mas apenas a expectativa de ser convocado seguindo a ordem de classificação, conforme necessidade da SEMUS.

13.9 – Em acordo a Emenda Constitucional do Estado do Espírito Santo Nº 59, publicada em 19/11/2008, o profissional contratado em designação temporária não poderá atuar sob direção imediata de cônjuge, companheira (o) ou de parentes de até terceiro grau civil, ou seja: por consanguinidade (pai, mãe, avô, avó, filho (a), neto (a), irmão (ã) tio (a), bisavô, bisavó, sobrinho (a), bisneto (a)) e por afinidade (pais, filhos (as), irmãos (ãs), avós, netos, tio (a), bisavós, sobrinho (a), bisneto (a) do cônjuge).

13.10- Após a escolha da vaga o candidato deverá comparecer ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal munido dos seguintes documentos:

1. Cópia da Carteira de Identidade, CPF, Título de Eleitor e comprovante de quitação eleitoral, Certidão de Nascimento ou Casamento;
2. Diploma ou certificado de escolaridade exigida de acordo com o cargo;
3. Cópia de Documento de Situação Militar (sexo masculino);
4. Declaração de bens;
5. Declaração acerca da Acumulação de Cargos Públicos e sua respectiva compatibilidade de horários;
6. Declaração de que não possui antecedentes criminais;
7. Foto (uma, 3/4).
8. Cópia Cartão PIS/PASEP.
9. Cópia Carteira de Trabalho.
10. Cópia do Cartão de vacinação dos filhos menores de 14 anos.
11. Cópia da Certidão dos filhos menores de 21 anos.
12. Comprovante de residência.
13. Exames: Hemograma completo, VDRL, GGT-Jejum, Urina (os custos da realização de exames admissionais são de responsabilidade do candidato).
14. Ser considerado APTO pela Perícia Médica Admissional, em data e hora agendada pela Administração sob pena de desclassificação do Processo Seletivo Simplificado;
15. Laudo médico oficial emitido pela Perícia Médica Municipal;
16. Comprovante de demais requisitos previstos em lei.

13.11 Em caso de candidatos que já atuaram na Prefeitura de Iconha como servidores, deverão comparecer munidos **somente** dos seguintes documentos:

1. Comprovante de residência atualizado;
2. Comprovante de Quitação eleitoral;
3. Declaração de Bens;
4. Declaração acerca da Acumulação de Cargos Públicos e sua respectiva compatibilidade de horários;
5. E documentos que comprovem outras alterações em seu Cadastro Funcional;
6. Exames: Hemograma completo, VDRL, GGT-Jejum, Urina (os custos da realização de exames admissionais são de responsabilidade do candidato).



7. Ser considerado APTO pela Perícia médica admissional, em data e hora agendada pela Administração sob pena de desclassificação do Processo Seletivo Simplificado;
8. Laudo médico oficial emitido pela Perícia Médica Municipal;

13.12- De acordo com a legislação processual civil em vigor é a Comarca do Município de Iconha-ES o foro competente para julgar as demandas judiciais do presente processo seletivo.

#### 14- DO CRONOGRAMA

DATA	PROCEDIMENTOS
22/04/2021 a 26/04/2021	Período das inscrições: No período de 22/04/2021, a partir das 08h00min, até às 16h00min, do dia 26/04/2021, observado o fuso horário de Brasília/DF, no site da Prefeitura Municipal de Iconha.
28/04/2021	Data prevista para publicação do resultado parcial no site da Prefeitura Municipal de Iconha.
29/04/2021 a 03/05/2021	Prazo para interposição de recursos. No período de 29/04/2021, a partir das 08h00min, até às 16h00min, do dia 03/05/2021, observado o fuso-horário de Brasília/DF, no site da Prefeitura Municipal de Iconha.
05/05/2021	Data prevista para divulgação do resultado final no Site da Prefeitura Municipal, caso haja recurso, e homologação.
07/05/2021	Chamada para apresentação de documentos.

14.1. O cronograma poderá ser modificado a critério da Comissão diante de fatos de relevante interesse público ou atraso na realização das fases pré-programadas.

14.2. Este Edital entra em vigor na data de sua publicação.

14.3. Revogam-se as disposições em contrário.





Prefeitura Municipal de Iconha  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Muniz Freire, nº 65, Centro, Iconha/ES, CEP 29280-000  
Telefone: (28) 3537-1472 E-mail: sms.iconha@gmail.com



Iconha - ES, 22 de Abril de 2021.

---

**Presidente**  
**MICHELI PINTO CHAMUN MAMERI**

---

**Membro**  
**LANA PINTO CABRAL**

---

**Membro**  
**CAMILA GUIO MARIN**

**HOMOLOGO OS TERMOS DO PRESENTE EDITAL**

**GEDSON PAULINO**  
**PREFEITO MUNICIPAL**



## **ANEXO I**

### **ATRIBUIÇÃO DO CARGO:**

#### **NOMENCLATURA DO CARGO: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ACS**

**ESCOLARIDADE MÍNIMA:** Ensino Médio Completo

**REQUISITOS:** Residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público. Ter concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada, de caráter eliminatório, a ser realizado por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde.

**CARREIRA:** III

**CODIGO BRASILEIRO DE OCUPAÇÃO (C.B.O.):** 05151-05

**CARGA HORARIA DIÁRIA:** 08 (oito) horas

**SEMANAL:** 40 (quarenta) horas

**MENSAL:** 200 (duzentas) horas

#### **DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO CARGO:**

O Agente Comunitário de Saúde – ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS e sob supervisão do gestor municipal.

#### **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS TAREFAS:**

- A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua área de atuação;
- A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- O registro para fins exclusivos do controle e planejamento das ações de saúde de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- A participação em ações que fortalecem os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.
- Trajar-se de maneira compatível com a função;
- Evitar comentários que comprometam o sigilo dos pacientes;
- Cumprir horário de trabalho, podendo este ser alterado diante da necessidade e de acordo com a solicitação da Secretaria de Saúde; e
- Executar outras tarefas que, por suas características, se incluam na esfera de competência.



## ANEXO II

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ICONHA/ES</b> <b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N. 002/2021</b>	
<b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b>		<b>Nº</b>
Nome:		Telefone para contato:
CPF:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _	Identidade:	Data de Nascimento:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
		Portador de Deficiência: ( ) Sim ( ) Não
Endereço:		
Bairro:	Município:	CEP:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _  UF:
<b>Função e local de trabalho escolhidos (assinale com um X a sua opção):</b>		
<b>AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ACS - 40 HORAS</b>	<input type="checkbox"/> UBSF “FRANCIS RAMOS MONGIM” – EQUIPE 001 (ILHA DO COCO) – MICROÁREA: _____ <input type="checkbox"/> UBSF – “ANACLETO EUGENIO CREMONINI”, EQUIPE 002 (BOM DESTINO) – MICROÁREA : _____ <input type="checkbox"/> UBSF “DUAS BARRAS” – EQUIPE 003 (DUAS BARRAS) – MICROÁREA: _____ <input type="checkbox"/> UBSF “DORIVAL GARCIA DE MATTOS” – EQUIPE 004 (CENTRO) - MICROÁREA: _____ <input type="checkbox"/> UBSF “ROBERTO BOCOLI MACARINI” – EQUIPE 005 (TOCAIA) - MICROÁREA: _____	
Documentos apresentados	<input type="checkbox"/> Cópia simples da Carteira de Identidade ou Carteira de Trabalho <input type="checkbox"/> Cópia simples do CPF; <input type="checkbox"/> Cópia <b>autenticada</b> do comprovante de escolaridade (diploma ou histórico escolar ou certidão de escolaridade). <input type="checkbox"/> Declaração de tempo de serviço; <b>( ) nº Laudas</b> <input type="checkbox"/> Cópia <b>autenticada</b> dos títulos; <b>( ) nº Laudas</b> <input type="checkbox"/> Instrumento procuratório específico com firma reconhecida, se candidato inscrito através de procurador; <input type="checkbox"/> Cópia simples do COMPROVANTE DE RESIDENCIA NO NOME DO CANDIDATO <input type="checkbox"/> <b>FICHA A/CADASTRO INDIVIDUAL E-SUS</b> (Cadastro da Família/Cadastro Individual-solicitada na Unidade de Saúde) para função de <b>AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b> <input type="checkbox"/> Laudo Médico (Portadores de Deficiência)	
Data :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		<b>DECLARO QUE ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM OS TERMOS DO PRESTENTE EDITAL</b>
		_____ assinatura do candidato