



8ª CONVOCAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AGENTE DE COMBATE À ENDEMIAS EDITAL 01/2023

A PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO CANÁRIO JUNTO A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRO CANÁRIO**, no uso de suas atribuições legais, torna público, de acordo com objeto do **Edital 001/2023 – PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AGENTE DE COMBATE À ENDEMIAS**, a convocação para apresentação de documentos.

Os candidatos deverão apresentar os documentos elencados abaixo, originais, e respectivas cópias legíveis, que ficarão retidas.

- a) CPF;
- b) Título de Eleitor e Certidão de Quitação Eleitoral;
- c) Carteira de Identidade;
- d) Registros de vacinação inseridos na plataforma Vacina e Confia ES Cidadão;
- e) Certificado de Reservista, se do sexo masculino;
- f) Certidão de Nascimento/Casamento;
- g) Certidão de Nascimento dos filhos;
- h) Certidão negativa com a fazenda municipal;
- i) 01 (uma) foto 3x4 recente;
- j) PIS/PASEP;
- k) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;
- l) Comprovante de frequência escolar dos filhos menores de 14 anos (original e cópia), bem como relação de dependentes para fins legais;
- m) Registros de vacinação inseridos na plataforma Vacina e Confia ES Cidadão dos filhos menores de 05 (cinco) anos atualizado;
- n) Comprovante de residência;
- o) Número da conta corrente bancária;
- p) Atestado de saúde exarado por médico de trabalho, e Avaliação da junta médica do município;
- q) Para os candidatos com deficiência, quando convocados, deverão apresentar também relatório médico (laudo médico) atestando a espécie, o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código de Classificação Internacional da Doença (CID), bem como a causa da deficiência;
- r) Atestado ou certidão de antecedentes criminais, referente ao domicílio do candidato;
- s) Declaração de acumulo de cargos;
- t) **Formulário E-Social anexo à convocação devidamente preenchido;**



**PREFEITURA DE
PEDRO CANÁRIO**

**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**

O candidato deverá comparecer pessoalmente com a documentação solicitada na Secretaria Municipal de Saúde, Localizado no Antigo Hospital Funrural, Próximo ao Banestes, **Rua José Jesuíno da Rocha, Centro, Pedro Canário/ES, conforme item 12.2 do edital do processo seletivo publico Edital 01/2023, das 08:00hs às 11:00hs e de 13:00hs às 15:00hs.**

O não pronunciamento do candidato convocado para contratação, no prazo de 03 (três) dias úteis, dará o direito à ser eliminado, convocando, se for o caso, candidato com classificação subsequente, na forma do 12.2 do edital do processo seletivo publico Edital 01/2023.

Pedro Canário, 11 de abril de 2024.

**Marcos Antônio Souza Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 296/2021**



PREFEITURA DE
PEDRO CANÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



PREFEITURA DE
PEDRO CANÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE

103 - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS103 (EQUIPE/ÁREA: FELINTO DAMIÃO)

Inscrição	Nome	Data de Nascimento	LP	CE	Nota Final	Posição
186	BRUNA MOREIRA DE SOUSA	19/08/2001	4	36	40	2°
100	SILVANE PEREIRA GOMES	09/05/1977	3	36	39	3°



FORMULÁRIO PARA CADASTRO E INTEGRAÇÃO COM eSocial.

DADOS ADMISSIONAIS

Data Admissão: ____/____/____

Função: _____

O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância.
FAVOR PREENCHER COM MUITA ATENÇÃO E DE FORMA LEGÍVEL!

Empresa: _____

CNPJ: _____ Data do preenchimento: ____/____/____

Nome Completo:							
Nacionalidade		Cidade Nascimento			UF	Data de Nascimento	
						____/____/____	
Estado Civil		Grau Instrução					
☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Separado Judicialmente ☐ União Estável		☐ Ensino fundamental (1° a 5° ano), ☐ Ensino fundamental (6° a 9° ano), ☐ Ensino fundamental completo, ☐ Ensino médio incompleto, ☐ Ensino médio completo,		☐ Educação superior incompleta, ☐ Educação superior completa, ☐ Pós-graduação, ☐ Mestrado, ☐ Doutorado, ☐ Pós-doutorado.			
N° Carteira de Trabalho	Série	UF	N° RG	Órgão Emissor	UF	Data Expedição	N°CPF
						____/____/____	
N° CNH		UF	Categoria	Data Emissão	Vencimento CNH		Primeira Habilitação
				____/____/____	____/____/____		____/____/____
Título de Eleitor		Zona	Seção	N° Certificado Reservista		N° PIS/NIT	

Características Físicas		Raça/Cor	Cor/Cabelo	Cor/Olhos	Tipo Sanguíneo
Sexo	☐ M ☐ F	☐ Amarelo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Pardo ☐ Negro	☐ Brancos ☐ Castanhos ☐ Loiros ☐ Pretos ☐ Ruivos	☐ Azuis ☐ Castanhos ☐ Pretos ☐ Verdes	☐ A+ ☐ O+ ☐ A- ☐ O- ☐ B+ ☐ AB+ ☐ B- ☐ AB-
Altura					
Peso					

Endereço			Complemento	
Bairro	CEP	Cidade/UF	Telefone	
			() -	

Nome do Pai:					
Nome da Mãe:					
Nome do Cônjuge:					
Nacionalidade Cônjuge	Cidade Nascimento	UF	Data de Nascimento		
			____/____/____		

Nome Filho (a):				
Data de Nascimento	Cidade	UF	CPF (Maiores de 3 Anos)	
____/____/____				
Nome Filho (a):				
Data de Nascimento	Cidade	UF	CPF (Maiores de 3 Anos)	
____/____/____				
Nome Filho (a):				
Data de Nascimento	Cidade	UF	CPF (Maiores de 3 Anos)	
____/____/____				