



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EDITAL SMS Nº 04/2019**

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRUZEIRO DA FORTALEZA** torna publica a abertura de **PROCESSO SELETIVO** autorizado pelo Prefeito Municipal, para preenchimento, mediante contratação por tempo determinado para prestar serviços junto às Unidades de Saúde do Município. O Processo Seletivo parte integrante deste Edital e sua organização e aplicação, ficarão a cargo da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**.

**1. 1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**1.1.** O Processo Seletivo Simplificado será regido por este Edital e executado pela Comissão Executora, instituída pela Portaria Nº 069/2019 DE 24 DE ABRIL DE 2019 publicado no site da Prefeitura Municipal e afixado nos murais da Prefeitura, e da Secretaria Municipal de Saúde.

**1.2.** A Seleção para as funções de que se trata este Edital compreenderá comprovação de experiência e avaliação títulos por meio de *Curriculum vitae* analisados pela Comissão Examinadora.

**2. DAS INSCRIÇÕES**

**2.1.** As inscrições serão realizadas no período de 22 a 23 de junho de 2020 das 08h às 11h e das 13h às 15hs e 24 de junho de 2020 das 08h às 11h, na Secretaria Municipal de Saúde de Cruzeiro da Fortaleza, situada na Praça do Santuário - Cruzeiro da Fortaleza – MG.

**2.2.** Somente serão aceitas inscrições por Procuração, com firma reconhecida, devendo constar expressamente poderes para inscrição no processo seletivo.

**2.3.** No ato da realização da inscrição, o candidato deverá comparecer no endereço citado no item 2.1 e entregar obrigatoriamente copias legíveis dos seguintes documentos:

- *Curriculum vitae* (atualizado) com todas as comprovações de experiência na função pretendida, modelo em anexo I;
- Cópia da carteira de identidade (RG);
- Cópia do CPF;
- Cópia do certificado e/ou do registro no órgão de classe competente;
- Cópia do comprovante de quitação com a justiça eleitoral e militar (caso sexo masculino);
- Comprovante de endereço atualizado;
- Cópia de antecedente criminal.

**2.4.** No ato da inscrição os documentos e o *Curriculum vitae* (ANEXO I) devidamente preenchido deverão ser entregues organizados. **NÃO SERÃO ACEITOS, SOB HIPÓTESE ALGUMA, DOCUMENTOS APÓS A INSCRIÇÃO OU FORA DO PRAZO ESTABELECIDO NO ITEM 2.1.**

**2.5.** Não será cobrada nenhuma taxa no ato da inscrição.

**2.6.** A inscrição do candidato implicará o conhecimento e tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, em relação às quais não poderá alegar desconhecimento de qualquer natureza.

**2.7.** O preenchimento do *Curriculum vitae* (ANEXO I) deverá ser feito, completo e corretamente, sob total responsabilidade do candidato, mesmo quando efetuado através de representação de terceiros, também será responsabilidade do candidato apresentar todos os documentos exigidos no ato da inscrição, podendo ser desclassificado caso não apresente algum dos documentos obrigatórios e/ou esteja em desacordo com as normas deste presente Edital.

**2.8.** A documentação a ser entregue pelo candidato à Secretaria Municipal de Saúde deverá ser cópia do original, pois os documentos que comporão o processo não serão devolvidos. Todos os comprovantes devem estar dentro das especificações constantes neste Edital.



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

**2.9.** Para o cargo de Agente Comunitário de Saúde – Brejo Bonito (Zona Rural), o candidato deverá residir na Microrregião em que atuará, desde a publicação deste edital.

### **3. REQUISITOS DO CARGO**

#### **3.1. CARGO: AGENTE COMUTÁRIO DE SAÚDE – BREJO BONITO (ZONA RURAL)**

##### **REQUISITOS: ENSINO FUNDAMENTAL + (CNH A)**

**DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO:** Agendar visitas para médicos, destacar cadastro para atendimento médico; marcar consultas, retorno, exames; ser responsável pela produção dos médicos; solicitar junto a Secretaria de Saúde, ambulância para transporte de pacientes para hospitais, quando necessário; participar de cursos de treinamento e ajudar em palestras ou orientações para a comunidade; atender com disponibilidade, envolvimento e empenho para resolução de problemas; executar tarefas de saúde com destreza e dentro das normas preconizadas para o programa de saúde da Família da comunidade; participar de trabalhos educativos com a comunidade; participar de grupos terapêuticos com a equipe de saúde; prestar os primeiros atendimentos até que se comunique com o médico; prevenir doenças cuidando e orientando pacientes sobre higiene pessoal e ambiental; visita e orientar: hipertensos, diabéticos, desnutridos, gestantes, etc, de acordo com os programas definidos pela política de saúde do município; acompanhar aos postos ou hospitais pacientes impossibilitados de se locomoverem; revisar área no campo, dando apoio psicológico e colaborar com pacientes carentes; acompanhar médicos nas visitas de campo; desempenhar tarefas afins.

**CARGA HORÁRIA SEMANAL: 40 HORAS**

**REMUNERAÇÃO MENSAL: R\$ 1.400,00**

### **4. DO PRAZO DO CONTRATO**

**4.1.** O prazo de validade do presente Processo Seletivo Público é de até 02 (dois) anos, contados a partir da data da homologação do resultado final, podendo ser prorrogado por igual período.

**4.2.** O candidato aprovado por intermédio deste processo seletivo aplicar-se ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, sendo de caráter temporário para atender as necessidades temporárias.

### **5. DA PARTICIPAÇÃO DOS CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

**5.1.** Serão reservados 5% das vagas para candidatos com deficiência nos termos da Lei Complementar nº 683 de 18/09/1992, alterada pela Lei Complementar nº 932 de 08/11/2002, bem como Decreto nº 59.591 de 14/10/2013, desde que o número de vagas atinja o percentual estabelecido.

**5.2.** - O candidato com deficiência deverá declarar na Ficha de Inscrição o tipo de deficiência, devendo ainda:

**a)** Apresentar, no ato da inscrição, original e cópia, a qual ficará retida na unidade, de laudo médico atestando o tipo de deficiência e o grau, com expressa referência ao Código Internacional de Doenças – CID 10;

**b)** A validade do laudo médico a que se refere o subitem anterior, a contar do início da inscrição, será de 02 (dois) anos quando a deficiência for permanente ou de longa duração e de 01 (um) ano nas demais situações.

**5.3.** O candidato com deficiência deverá avaliar sua condição de participação no certame, com base nas atribuições elencadas para as funções a serem contratadas, condicionando a contratação ao resultado do laudo da inspeção de saúde. Caso seja verificada a incompatibilidade entre a deficiência e as atribuições do cargo postulado, o candidato será eliminado do Processo Seletivo Simplificado.

**5.4.** As pessoas com deficiência participarão do certame em igualdade de condições com os demais candidatos no que se refere à avaliação, aos critérios de aprovação e à nota mínima exigida.



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

**5.5.** O candidato que não preencher os campos da ficha de inscrição, reservado ao candidato com deficiência, terá exaurido seus direitos especiais relativos à deficiência com relação ao Processo Seletivo Simplificado, seja qual for o motivo alegado.

**5.6.** O candidato com deficiência que não realizar a inscrição conforme as instruções constantes deste Capítulo não poderão impetrar recurso em favor de sua condição.

**5.7.** O candidato com deficiência, se classificado na forma deste Capítulo, além de figurar na lista de classificação geral com todos os candidatos, terá seu nome constante da lista específica de candidatos com deficiência e será convocado nos termos do Artigo 7º do Decreto nº 59.591, de 14/10/2013.

## **6. DA ANÁLISE CURRICULAR**

**6.1.** O Processo Seletivo Simplificado constará de Análise Curricular, conforme modelo anexo e terá caráter eliminatório e classificatório.

**6.2.** Análise de Currículo conforme pontuação descrita no quadro abaixo:

| Títulos e Outros   | Pontuação por Título                 | Número máximo de Títulos |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| Ensino médio   | 05 (cinco) pontos                    | Somente 01 título        |
| Graduação  | 10 (dez) pontos                      | Somente 01 título        |
| Graduação na área da saúde   | 15 (dez) pontos                      | Somente 01 título        |
| Tempo de Serviço em Área Pública compatível com a área que está concorrendo        | 10 (dez) pontos por ano de atuação   | Sem limite               |
| Anos Tempo de serviço em funções e/ou atribuições especificamente em saúde pública | 05 (cinco) pontos por ano de atuação | Sem limite               |

**6.3.** O máximo de pontos que poderá ser atingido será de 100 (cem) pontos:

**6.4.** Serão considerados:

a) a habilitação, os cursos de aperfeiçoamento e o tempo de serviço;

b) somente serão aceitos certificados de cursos de aperfeiçoamento presenciais ou à distância, que estejam devidamente registrados no órgão competente e expedidos por instituição oficial reconhecida;

**6.5.** NO CÁLCULO DE PONTOS POR TEMPO DE SERVIÇO COMPUTAR-SE-Á A fração de 16 (dezesesseis) dias ou mais, como 1 (um) mês e fração de 6 (seis) meses ou mais, como 1 (um) ano.

## **7. DA CLASSIFICAÇÃO**

**7.1.** Os candidatos aprovados serão classificados por ordem decrescente da nota final, em lista de classificação.

**7.2.** Os candidatos habilitados serão contratados seguindo-se rigorosamente a ordem de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo Simplificado.

**7.3.** Haverá duas listas de habilitação: uma geral, para todos os candidatos, inclusive aqueles com deficiência e outra especial, apenas para os candidatos com deficiência.

## **8. DA CLASSIFICAÇÃO FINAL**

**8.1.** A nota final será a constituída pela soma da pontuação na análise de títulos e outros. Havendo empate na somatória dos pontos, será aplicado o seguinte critério:

1- O candidato que possuir maior tempo de serviço em área pública na função compatível que está concorrendo;

2- O candidato que possuir maior especialização em área pública;

3- O candidato mais idoso.

**8.2.** Os candidatos habilitados e classificados serão contratados seguindo-se rigorosamente a ordem de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo Simplificado.



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

## **9. DOS RECURSOS**

**9.1.** O candidato poderá apresentar pedido de revisão no prazo de 01 (um) dia útil a partir da data da publicação do resultado preliminar.

**9.2.** Os recursos deverão ser dirigidos à Comissão Examinadora, em duas vias (original e cópia), entregues e protocolados na secretaria municipal de saúde no horário das **07:30 às 10:30 e das 12:30 as 15:30 hs.**

**9.3.** A Comissão Especial de Contratação por Tempo Determinado terá prazo de até 01 (um) dia útil, a partir do término do prazo de apresentação de recurso pelo candidato, para analisar e publicar no site oficial da prefeitura municipal ([www.cruzeirodafortaleza.mg.gov.br](http://www.cruzeirodafortaleza.mg.gov.br)) o resultado da solicitação do candidato.

**9.4.** Não serão aceitos recursos interpostos por via postal, fax, internet, telegrama ou outro meio que não seja o especificado neste edital ou que estejam fora do prazo estipulado no item acima.

## **10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**10.1.** Decorrido o período estabelecido para recurso e publicação das decisões emanadas pela Comissão Especial de Contratação por Tempo Determinado, a unidade publicará a Classificação Final.

**10.2.** A partir da edição da Classificação Final, a convocação para a escolha de vagas será publicada no Diário Oficial do MUNICÍPIO ([www.cruzeirodafortaleza.mg.gov.br](http://www.cruzeirodafortaleza.mg.gov.br)) e notificada por e-mail, conforme endereço informado na ficha de inscrição pelo candidato, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, respeitando-se rigorosamente a ordem de classificação.

**10.3.** A unidade detentora do certame não se responsabiliza por eventuais prejuízos ao candidato decorrentes de endereço eletrônico não informado, informado de forma ilegível, incompleto, incorreto, não atualizado pelo candidato ou decorrentes de falhas no recebimento de e-mail, quaisquer que sejam as causas.

**10.4.** O candidato que, por qualquer motivo, não se apresentar na convocação para escolha de vagas na data estabelecida pela unidade, perderá o direito à contratação, sendo convocado o subsequente na ordem da Classificação Final.

**10.5.** A contratação fica condicionada ao resultado do laudo da inspeção de saúde realizado por órgãos de saúde ou unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo constar se o candidato está apto a exercer as atribuições elencadas no item 3. deste edital, devendo o laudo de inspeção de saúde versar sobre capacidade física e mental e equilíbrio emocional e autocontrole do candidato no exercício das atribuições.

**10.6.** No caso de candidato estrangeiro, concedida a naturalização ou obtidos os benefícios do estatuto de igualdade, após a contratação, deverá o funcionário apresentar, para registro, o documento de identidade de modelo igual ao dos brasileiros natos, com as anotações pertinentes.

**10.7.** A não apresentação dos documentos no prazo fixado, a inexatidão das afirmativas e/ou a irregularidade dos documentos, mesmo que verificadas a qualquer tempo, implicarão na insubsistência da inscrição e de todos os atos decorrentes do Processo Seletivo, bem como na perda dos seus direitos consequentes, sem prejuízo das sanções penais aplicáveis à falsidade da declaração.

**10.8.** Todos os resultados serão publicados no Diário Oficial do município ([www.cruzeirodafortaleza.mg.gov.br](http://www.cruzeirodafortaleza.mg.gov.br)) tendo o candidato a responsabilidade de acompanhar as publicações dos editais.

**10.9.** O prazo de validade improrrogável do presente Processo Seletivo Simplificado será de 01 (um) ano a partir da data de publicação da Classificação Final.

**10.10.** Em caso de necessidade e conveniência da Administração Pública, os candidatos remanescentes da lista geral e especial poderão ser destinados eventualmente para outras unidades pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde.

**12.13.** Para maiores informações entrar em contato pelo(s) telefone(s) **(34) 3835-1213/1541** no horário das 08:00 às 15:00 horas (exceto sábados, domingos, feriados e pontos facultativos).



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

**12.14.** As ocorrências não previstas neste edital, os casos omissos e os casos duvidosos serão resolvidos pela Comissão Examinadora, não cabendo recursos quanto à decisão proferida.

**12.15.** Os itens deste Edital poderão sofrer eventuais alterações, atualizações ou acréscimos, enquanto não consumada a providência ou evento que lhe diz respeito, ou até a data da prova, circunstância que será mencionada em edital ou aviso.

**12.16.** Caberá ao Prefeito Municipal, a homologação dos resultados deste Processo Seletivo.

**12.17.** A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE não emitirá declaração de aprovação no Processo Seletivo, pois a própria publicação no site da Prefeitura Municipal serve para fins de comprovação.



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

**ANEXO I**  
**MODELO DE CURRICULUM VITAE**

**I – DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
TELEFONE RESID / CEL: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO  
POSSUI DEFICIÊNCIA: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL: \_\_\_\_\_  
R.G.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

II - FORMAÇÃO ESCOLAR OU ACADÊMICA, em nível de graduação, em instituição reconhecida pelo MEC (especificar Instituição Promotora, Ano de início e conclusão)

III - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (especificar local onde trabalhou, período, cargo ocupado, resumo das atividades desenvolvidas que guardem estreita relação com a área em que irá atuar)

ANEXO OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TODO O ELEMENTO SUPRA DECLARADOS.

DECLARO QUE ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES APRESENTADAS NESTE DOCUMENTO.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local e Data



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

**ANEXO II**  
**CRONOGRAMA**

| <b>DATA</b>  | <b>EVENTO</b>   | <b>LOCAL</b>   |
|--|---|--|
| 22/06/2020 das 08h às 11h e das 13h às 15hs<br>23/06/2020 das 08h às 11h e das 13h às 15hs<br>24/06/2020 de junho das 08h às 11h | <b>Inscrições</b><br><br>Entrega do <b>Laudo Médico</b> pelo candidato que quiser concorrer como deficiente, no ato da inscrição. | ATENDIMENTO PRESENCIAL na Secretaria Municipal de Saúde Cruzeiro da Fortaleza, Local: Praça do Santuário, 1375.  |
| 24/06/2020 a partir das 14hs   | Divulgação do <b>Resultado Preliminar.</b>  | Endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Cruzeiro da Fortaleza e mural no próprio local.   |
| 25/06/2020   | Prazo de <b>Recurso</b>   | ATENDIMENTO PRESENCIAL na Secretaria Municipal de Saúde Cruzeiro da Fortaleza, Local: Praça do Santuário, 1375, Horário: 08h às 11h e das 13h às 15hs. |
| 26/06/2020 a partir das 14hs   | Divulgação do <b>Resultado Final.</b>   | Endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Cruzeiro da Fortaleza e mural no próprio local.   |



**MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DA FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Praça do Santuário, 1375 - Centro - Cruzeiro da Fortaleza – MG  
Fone-Fax: 3835-1222 - e-mail: saude@cruzeirodafortaleza.mg.gov.br

**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE INSCRIÇÃO**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – EDITAL N° 04/2020 - SMS**

Preencha os dados solicitados neste Formulário com LETRA DE FORMA, BEM LEGÍVEL e sem RASURAS.

**CARGO: AGENTE COMUTÁRIO DE SAÚDE – BREJO BONITO (ZONA RURAL)**

**DADOS DO CANDIDATO**

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

Sexo ( )M ( )F – Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Telefone celular \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

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

**Documentação:**

1. Curriculum vitae (atualizado) com todas as comprovações de experiência na função pretendida; ( )
2. Cópia da carteira de identidade (RG); ( )
3. Cópia do CPF; ( )
4. Cópia do certificado e/ou do registro no órgão de classe competente; ( )
5. Cópia do comprovante de quitação com a justiça eleitoral e militar (caso sexo masculino); ( )
6. Comprovante de endereço atualizado; ( )
7. Certidão criminal. ( )

Não será cobrada nenhuma taxa no ato da inscrição.

**Informações adicionais**

1. Candidato é responsável pela exatidão e veracidade das informações prestadas no requerimento de inscrição, arcando com as consequências de eventuais erros ou não apresentação da documentação constante no Edital 04/2020.
2. A inscrição somente poderá ser efetuada por terceiros em posse de procuração com finalidade específica.
3. A inscrição no processo seletivo implica o reconhecimento e a tácita aceitação pelo candidato das condições estabelecidas no Edital.
4. Não será admitida, sob nenhuma hipótese, complementação documental fora do prazo de inscrição.

Data de Recebimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE ENTREGA**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – EDITAL N° 04/2020 – SMS**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Assinatura do receptor**

\_\_\_\_\_