



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

PUBLICADO EM
05/09/23
RWD

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

EDITAL - SEMSA Nº 005/2023

Publicado no mural
da PMJN em
05/09/2023
Dinto

O Município de João Neiva, Estado do Espírito Santo, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), faz saber que realizará, nos termos das Leis Municipais nº 3.100/2018 e nº 3.181/2019 o Processo Seletivo Simplificado - Edital Semsa nº 005/2023, com vistas à contratação imediata e cadastro de reserva de profissionais para ocuparem os cargos de Motorista de Ambulância e Motorista de Veículos Leves e Pesados.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. O processo seletivo objetiva a seleção de profissionais para ocupar o cargo de Motorista de Ambulância e Motorista de Veículos Leves e Pesados, e dar-se-á através da realização das seguintes etapas:

I. Inscrição

II. apresentação de títulos, de caráter classificatório e eliminatório.

III. prova prática, de caráter eliminatório e classificatório.

1.2. Após a leitura completa deste Edital, as dúvidas em relação ao mesmo deverão ser dirimidas junto à Comissão do presente Processo Seletivo.

1.3. Todas as informações oficiais referentes ao Processo Seletivo, regulamentado pelo presente Edital, serão divulgadas no site: www.joaoneiva.es.gov.br, Diário Oficial dos Municípios do Espírito Santo (DOM/ES) e afixada no mural do prédio Sede da Prefeitura Municipal de João Neiva/ES e da Secretaria Municipal de Saúde.

1.4. Os prazos constantes neste Edital serão contados em dias úteis.

1.5. O Processo Seletivo consistirá na análise dos títulos dos candidatos, pela Comissão, conforme critérios definidos neste Edital.

1.6. A Comissão Organizadora deste Processo Seletivo, nomeada pela Portaria nº 13.185 de 24 de agosto de 2023, tem como atribuições: elaborar, executar, monitorar, avaliar e decidir sobre as ações referentes ao mesmo.

1.7. Os candidatos classificados neste Processo Seletivo, que vierem a ser contratados, deverão estar cientes de que para assumir vínculo com o Município de João Neiva, no cargo pleiteado, não poderão se enquadrar nas vedações contidas nos incisos XVI, XVII e § 10 do art. 37 da Constituição Federal, alterados pela Emenda Constitucional nº 19/98 e demais dispositivos legais acerca de acúmulo de cargos públicos.

1.8. As inscrições para o presente processo seletivo serão gratuitas;

1.9. Todo contrato referente a este Processo Seletivo Simplificado será por um período de até 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por até limite de 24 (vinte e quatro) meses, seguindo legislação vigente, a critério da Administração.

RWD



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

2. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

2.1 Qualquer cidadão poderá impugnar fundamentalmente este edital conforme o prazo estipulado no Cronograma das Atividades - Anexo III, deste edital.

2.2 O impugnante deverá, necessariamente, indicar o item/subitem que será objeto de sua impugnação.

2.3 Os pedidos de impugnação, serão submetidos e apreciados pela Procuradora Geral do Município de João Neiva e julgados pela Comissão Organizadora deste Processo Seletivo Simplificado.

2.4 Da decisão sobre a impugnação, não cabe recurso administrativo.

2.5 As respostas às impugnações serão disponibilizadas ao cidadão pela Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado.

3. DOS CARGOS E VAGAS

3.1. Cargos, carga horária, vencimentos e pré-requisitos:

3.1.1 – LEI MUNICIPAL N.º 3.181/2019

| Cargo: | Motorista de Ambulância |
|---------------------|--|
| - Pré requisito | - Ensino médio completo; - Carteira Nacional de Habilitação categoria mínima "D"; - Certificado de Capacitação de Condutores de Veículos de Transporte e de Veículos de Emergência, conforme Resolução nº 275/2008, que altera o Anexo II da Resolução nº 168/2004 do Contran; - Certidão negativa de pontuação da CNH emitida pelo Detran. |
| - Vencimento mensal | R\$ 1.428,16 |
| - Vale Alimentação | R\$ 250,00 |
| - Carga horária | 40 horas semanais |
| - Vagas | CR |

| Cargo: | Motorista de Veículos Leves e Pesados |
|---------------------|--|
| - Pré requisito | - Ensino médio completo; - Carteira Nacional de Habilitação categoria mínima "D"; - Certidão negativa de pontuação da CNH emitida pelo Detran. |
| - Vencimento mensal | R\$ 1.428,16 |
| - Vale Alimentação | R\$ 250,00 |
| - Carga horária | 40 horas semanais |
| - Vagas | CR |

CR = cadastro de reserva



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

4. DAS INSCRIÇÕES

| | |
|----------------|---|
| LOCAL | A inscrição será realizada, exclusivamente, na Secretaria Municipal de Saúde, localizada à Rua Plácido Vassolo, 48, 2º pavimento, Centro - João Neiva/ES. |
| PERÍODO | 12/09/2023 a 18/09/2023 – em dias úteis |
| HORÁRIO | De 8 h às 10h30min e de 13h às 16h, considerando o horário oficial do Estado do Espírito Santo. |

4.1. Não serão aceitas inscrições fora de prazo.

4.2. A inscrição do candidato implicará o conhecimento prévio e a tácita aceitação das presentes instruções e normas estabelecidas neste Edital.

4.3. As inscrições para o presente Processo Seletivo serão gratuitas;

4.4. São requisitos básicos para a investidura no cargo:

I. ser brasileiro nato ou naturalizado, nos termos do art. 12 da Constituição Federal;

II. possuir a escolaridade e requisitos básicos exigidos para o cargo;

III. ter, na data da contratação, a idade mínima de 18 (dezoito) anos completos e máxima de 70 (setenta) anos incompletos;

IV. não ter contrato temporário rescindido pela Prefeitura Municipal de João Neiva por falta disciplinar e/ou por justa causa;

V. estar em gozo de boa saúde física e mental, comprovada através de atestado médico;

VI. não ser portador de deficiência incompatível com o exercício da atividade a ser desempenhada;

VII. não exercer cargo, emprego ou função pública na Administração Pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como de empregados ou servidores de suas subsidiárias a Prefeitura Municipal de João Neiva, e controladas, exceto nos casos previstos no XVI do art. 37 da CF/88 e inciso XVI do art. 70 da Lei Orgânica do Município;

VIII. ter boa conduta;

IX. não possuir antecedentes criminais.

4.5. Para a inscrição, o candidato ou seu procurador, deverá comparecer munido de:

I. O envelope a ser entregue, contendo as documentações exigidas nesse edital, sendo de responsabilidade do candidato;

II. ficha de inscrição, constante no Anexo I, devidamente preenchida a caneta azul ou preta, com letra legível, sem rasura ou emendas, não devendo ser usado corretivo, que deverá ser fixada na parte externa do envelope;

III. cópia do CPF ou um documento que conste o número do CPF;

IV. cópia de um documento oficial de identificação com foto;



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

V. cópia do diploma, histórico escolar ou certidão que comprove a escolaridade mínima exigida reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

VI. Para os cargos de Motorista de Veículos Leves e Pesados e Motorista de ambulância deverá apresentar Cópia Carteira Nacional de Habilitação - categoria mínima "D" e Certidão negativa de pontuação da CNH, emitido pelo Detran.

VII. Para o cargo de Motorista de ambulância deverá apresentar ainda o Certificado do Curso de Capacitação de Condutores de Veículos de Transporte e de Veículos de Emergência, de acordo com a Resolução nº 275/2008, que altera o Anexo II da Resolução nº 168/2004 do Contran. Caso o candidato esteja concluindo referido curso, este poderá apresentar declaração, emitida pela Empresa fornecedora do curso, onde deve constar a data de conclusão do mesmo. Ressalta-se que para a contratação, o Curso deverá ter sido concluído.

4.6. A documentação de escolaridade expedida por órgãos estrangeiros só terá validade quando for revalidada pelo MEC.

4.7. Só será aceita no máximo 02 (duas) inscrições por CPF.

5. DAS VAGAS DESTINADAS A CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA

5.1 Em cumprimento ao disposto no art. 37 do Decreto Regulamentar nº 3.298, de 20/12/1999, ficam reservados 5% (cinco por cento) do total das vagas de cada cargo, destinadas aos candidatos com deficiência, compatível com a atividade escolhida.

5.2 Na hipótese da aplicação do percentual resultar número fracionado, este deverá ser elevado até o primeiro número inteiro subsequente.

5.3 Aos candidatos com deficiência, que pretendam fazer uso das prerrogativas que lhes são facultadas pela legislação, é assegurado o direito de inscrição para a reserva de vagas em Processo Seletivo, devendo ser observada a compatibilidade das atribuições do cargo com a deficiência que possui.

5.4 As vagas serão promovidas de acordo com as necessidades do Município.

5.5 As vagas que não forem providas por falta de candidatos com deficiências, serão preenchidas pelos demais candidatos, observada a ordem geral de classificação por cargo.

5.6 Ressalvadas as disposições contidas neste Edital, o candidato que se declarar com deficiência participará do Processo Seletivo em igualdade de condições com os demais candidatos.

5.7 O candidato que desejar se inscrever como pessoa com deficiência marcará a opção no momento em que estiver preenchendo a Ficha de Inscrição, ANEXO I.

5.8 O laudo médico, emitido dentro dos últimos (12) doze meses, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação internacional de Doenças (CID) deverá ser incluso dentro do envelope junto aos documentos pessoais.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

5.9 O laudo médico deverá ser emitido contendo a seguintes exigências:

5.10.1 Constar o nome e o número do documento de identificação do candidato, o nome, número do registro no Conselho Local de Trabalho de Medicina (CRM) e assinatura do médico responsável pela emissão do laudo;

5.10.2 A espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID10), bem como a causa da deficiência;

5.10.3 A indicação, quando for o caso, a necessidade de uso de próteses ou adaptações.

5.11 O laudo médico terá validade somente para este Processo Seletivo e não será devolvido, assim como não serão fornecidas cópias dos documentos.

5.12 O laudo que não atender as exigências contidas neste Edital não terá validade, ficando o candidato impossibilitado de concorrer às vagas destinadas às pessoas com deficiência.

5.13 O candidato que se declarar com deficiência no ato da inscrição e não entregar/anexar o laudo médico, será desconsiderado como tal e não poderá, posteriormente, alegar essa condição para reivindicar qualquer garantia legal no Processo Seletivo.

5.14 A classificação do candidato na condição de pessoa com deficiência obedecerá aos mesmos critérios adotados para os demais candidatos.

5.15 A classificação e aprovação do candidato não garante a ocupação da vaga reservada às pessoas com deficiência, devendo ainda, quando convocado, submeter-se à Perícia Médica que será promovida pela Prefeitura Municipal de João Neiva.

5.16 A perícia médica terá decisão terminativa sobre a qualificação da deficiência do candidato classificado.

5.17 No caso de incompatibilidade da deficiência com o cargo pleiteado, o candidato será eliminado deste Processo Seletivo.

5.18 O não cumprimento do disposto neste item, a reprovação na perícia médica ou o não comparecimento à perícia acarretará a perda do direito às vagas que forem destinadas aos candidatos em tais condições.

6. HOMOLOGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES

6.1. Encerrado o prazo de inscrição, a Comissão publicará a lista contendo a relação nominal dos candidatos que tiveram suas inscrições homologadas, com a classificação parcial.

6.2. Os candidatos que não tiveram as suas inscrições homologadas poderão interpor recursos escritos perante a Comissão, por meio de requerimento protocolado no Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal de João Neiva, no prazo estipulado no cronograma, mediante a apresentação das razões que ampararem a sua irresignação.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

- 6.2.1.** A Comissão, apreciando o recurso, poderá reconsiderar sua decisão, hipótese na qual o nome do candidato passará a constar no rol de inscrições homologadas.
- 6.2.2.** Sendo mantida a decisão da Comissão, o recurso será indeferido.
- 6.2.3.** A lista final de inscrições homologadas será publicada após a decisão dos recursos.
- 6.2.4.** É de inteira e exclusiva responsabilidade do candidato o completo e correto preenchimento dos dados de inscrição, bem como a veracidade das informações declaradas, não sendo possível realizar correções depois de efetivada a inscrição.
- 6.2.5.** Ao efetuar a inscrição, o candidato declara que conhece e concorda plena e integralmente com os termos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, em relação aos quais não poderá alegar qualquer espécie de desconhecimento.
- 6.2.6.** O candidato deverá, no ato da inscrição, marcar em campo específico da Ficha de Inscrição sua opção de cargo. Depois de efetivada a inscrição, não será aceito pedido de alteração desta opção.
- 6.2.7.** A Comissão deste Processo Seletivo, não se responsabiliza por eventuais prejuízos causados pelo preenchimento incorreto dos dados de inscrição ou por qualquer outro ato equivocado do candidato.
- 6.2.8.** É vedada a inscrição condicional ou por correspondência, contudo, permitir-se-á a inscrição por procuração, mediante a apresentação do respectivo instrumento, com firma reconhecida em cartório, acompanhada de documento de identificação oficial com foto do procurador.
- 6.2.9.** A Comissão reserva-se o direito de exigir, a qualquer tempo, documentos que atestem a condição que motiva a solicitação de atendimento específico declarado.

7. DA PROVA PRÁTICA

- 7.1.** Após publicação do resultado preliminar das provas de títulos, os candidatos habilitados para os cargos serão convocados para a realização da prova prática, de caráter eliminatória e classificatória.
- 7.2.** Os candidatos classificados para prova prática deverão comparecerem na Rua dos Três Poderes (em frente ao Mercado Municipal), Centro, João Neiva/ES, com até 30 (trinta) minutos de antecedência, conforme horário estabelecido na convocação.
- 7.3.** O candidato que não comparecer no local e horário estipulado, será eliminado do presente Processo Seletivo, não sendo aceita qualquer justificativa para o atraso.
- 7.4.** Durante a realização da prova prática, o candidato que vier a colidir com o veículo, estará automaticamente eliminado do processo seletivo e deverá arcar com os prejuízos gerados.

8. DO DESEMPATE

- 8.1.** Nos casos de empate na classificação, o desempate obedecerá à seguinte ordem de prioridade:
- I. maior idade, considerando-se dia, mês e ano de nascimento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

II. maior experiência profissional;

III. maior titulação apresentada.

IV. Menor número de inscrição, considerando a data de realização de chegada do candidato ao ato da inscrição.

9. DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

9.1. A remuneração dos servidores contratados será de acordo com o Anexo V da Lei Municipal nº 3.100/2018, alterado pelo anexo II da Lei 3.559/2023, Plano de Carreira e Remuneração dos Servidores do Município de João Neiva, sendo sempre o Nível I, Padrão I da Carreira referente ao cargo ao qual foi contratado. E ainda de acordo com anexo I da Lei Municipal nº 3.183/2019, alterado pelo anexo VI da Lei 3.559/2023.

9.2. O profissional contratado na forma deste Edital, terá, a qualquer tempo, o seu desempenho avaliado pela sua chefia imediata, quando for evidenciada a insuficiência do desempenho na função exercida ou má conduta, acarretará na rescisão imediata do contrato celebrado com o Município.

9.3. A insuficiência de desempenho profissional verificada através de evidências e atestada pela chefia imediata, registrada em ata, resultará na rescisão imediata do contrato ou na não renovação de seu contrato celebrado com o Município, respeitada a legislação vigente.

9.4. É de inteira responsabilidade do candidato acompanhar constantemente as publicações oficiais e os prazos referentes a este Processo Seletivo, desde o Edital de abertura até a convocação, no site www.joaoneiva.es.gov.br, ficando a Prefeitura Municipal de João Neiva e Secretaria Municipal de saúde isenta de qualquer outro tipo de comunicação com o candidato.

9.5. O resultado final do presente Processo Seletivo será homologado pela autoridade competente na forma legal prevista.

9.6. No interesse e necessidade da Administração Pública, o exercício do cargo público poderá exigir a prestação de serviço à noite, sábados, domingos e feriados.

9.7. A falta de comprovação de requisito para investidura na data da contratação, acarretará na eliminação do candidato do presente Processo Seletivo e na anulação de todos os atos a ele referentes, ainda que já tenha sido homologado o resultado final do Processo Seletivo, sem prejuízo da sanção legal cabível.

9.8. Não serão fornecidos atestados, cópias de documentos, certificados ou certidões relativas aos candidatos deferidos e indeferidos.

9.9. As declarações/certidões de tempo de serviços de órgãos públicos, só serão aceitas se expedidas pelo Departamento de Recursos Humanos, e se forem referentes ao cargo pleiteado.

9.10. Todo candidato que comprovar o tempo de serviço na Carteira de Trabalho e previdência social (CTPS) e que não constar na mesma data do encerramento do contrato, deverá juntar no envelope de inscrição, a declaração da empresa que o mesmo mantém vínculo empregatício até a data da inscrição;



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

9.11. Os documentos pessoais, tempo de serviço e títulos deverão ser entregues acondicionados em envelope lacrado, ao servidor responsável pelo recebimento do mesmo, devendo o candidato colar na parte externa do envelope a ficha de inscrição, Anexo I, não havendo conferência no momento da inscrição.

9.12. A inscrição poderá ser efetuada também por Procurador, mediante apresentação de procuração original simples, devidamente autenticada, assinada pelo candidato, acompanhada de cópia legível do documento oficial com foto do candidato. Deverá, ainda, ser apresentado documento oficial com foto do Procurador.

9.13. Não será aceita documentação fora do período e horário estabelecidos neste Edital.

9.14. A documentação apresentada deverá corresponder ao cargo pleiteado previsto neste Edital, caso contrário o candidato será desclassificado.

9.15. Não se admitirá o envio de documentação via correio ou por meio eletrônico.

9.16. O candidato é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do Processo Seletivo Simplificado. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará imediata eliminação do candidato. Caso o candidato já tenha sido contratado, terá seu contrato de trabalho rescindido, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

9.17. O candidato que tenha sido exonerado, demitido ou que teve seu contrato rescindido do serviço público por justa causa será desclassificado do referido Processo Seletivo, em qualquer fase, inclusive na contratação ou na execução do contrato.

9.18. O candidato inscrito por Procurador assume total responsabilidade pelas informações prestadas por seu representante.

9.19. A pontuação dos títulos obedecerá aos critérios definidos no Anexo II.

9.20. Não será computado ponto aos itens exigidos como requisito de investidura no cargo pleiteado.

9.21. Para comprovação dos cursos/capacitações relacionadas no Anexo II, o candidato deverá apresentar certificado/declaração de uma instituição pública ou privada regularizada, contendo a carga horária, a identificação da instituição com a assinatura do responsável pela organização/emissão do respectivo curso/certificado/declaração.

9.22. Somente serão aceitos os certificados de cursos e capacitações emitidos via internet, se constar o código de validação no impresso, contendo CNPJ da empresa, assinatura da empresa que realizou o curso/capacitação, com data/período de realização do curso, com carga horária compatível a apresentada no certificado.

9.23. Não serão aceitos:

I. cursos/capacitações não concluídos;

II. cursos/capacitações, em cujo documento comprobatório não constar o timbre ou carimbo de CNPJ da entidade que forneceu o curso, data de conclusão do mesmo,



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

carimbo e assinatura do responsável pela emissão do documento e data de expedição do mesmo, bem como falta da data/período de realização do curso com carga horária compatível a apresentada no certificado;

III. cursos/capacitações sem especificação de carga horária (exemplo: mínima de 20 ou 30 horas), conforme Anexo II, sem identificação do candidato no documento apresentado, ou carga horária divergente aos dias de realização de curso. Ex: curso/capacitação de 50 horas, realizado em 01 (um) dia.

IV. cursos exigidos na escolaridade para o cargo pleiteado.

V. cursos exigidos como pré-requisito no cargo pleiteado.

VI. cursos apresentados no mesmo documento utilizado para comprovar o pré-requisito.

9.24. Em nenhuma hipótese serão aceitos documentos com data de validade vencida.

9.25. Considera-se qualificação profissional os cursos de formação continuada na área de atuação, concluídos a partir de **AGOSTO/2018**, impresso em papel timbrado e com carimbo do respectivo órgão, relacionados ao cargo ou área de atuação, no qual o candidato tenha participado na condição de participante ou de formador, durante ou após a realização do curso exigido como requisito ao exercício do cargo, constante do Anexo II.

9.26. Consideram-se cursos de graduação e pós-graduação os cursos de nível superior, pós-graduação lato sensu, mestrado e doutorado, que deverão ser apresentados por meio de certificados (diploma) ou declaração da instituição, devidamente reconhecidos pelo MEC.

9.27. A pontuação referente a qualificação profissional será atribuída de acordo com a tabela constante do Anexo II.

9.28. A comprovação do tempo de exercício profissional no cargo pleiteado dar-se-á da seguinte forma:

I. na área pública:

a) cópia da carteira de trabalho (página de identificação com foto e dados pessoais e registro do(s) contrato(s) de trabalho), ou, certidão funcional emitida pelo Recursos Humanos do órgão público.

II. na área privada - conveniadas/contratadas/com parceria firmada com órgão público:

a) cópia da carteira de trabalho (página de identificação com foto e dados pessoais e registro do(s) contrato(s) de trabalho);

b) declaração da entidade ou do setor onde atua/atuou, em papel timbrado ou com carimbo de CNPJ, data e assinatura do responsável pela emissão da declaração, comprovando que a entidade é/foi conveniada/contratada ou tem/teve parceria firmada com órgão público e que o candidato está/esteve inserido no convênio/contrato/termo de parceria.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

Obs.: em caso de contrato de trabalho em vigor (carteira sem data de saída), o tempo de serviço será considerado até a data no requerimento de inscrição, preenchida pelo servidor responsável pelo recebimento da mesma.

III. na iniciativa privada – não conveniadas/contratadas/com parceria firmada com órgão público:

a) cópia da carteira de trabalho ou Contrato de Prestação de Serviços (página de identificação com foto e dados pessoais e registro do (s) contrato (s) de trabalho);

b) declaração emitida pelo empregador contendo assinatura com firma reconhecida ou carimbo que identifique o responsável pela referida declaração informando período e atividades exercidas, comprovando a atuação declarada.

IV. como prestador de serviços:

a) cópia do contrato de prestação de serviços;

b) declaração da empresa ou do setor onde atua/atuou, em papel timbrado ou com carimbo de CNPJ, data e assinatura do responsável pela emissão da declaração, comprovando efetivo período de atuação no cargo.

8.29. Será considerado para efeito de experiência profissional aquela adquirida até o último dia de inscrição.

8.30. Para os cursos de capacitação/qualificação profissional serão considerados aqueles adquiridos no período compreendido entre **AGOSTO/2018** até o último dia de inscrição.

8.31. Eventuais experiências de estágio ou voluntariado não serão consideradas para fins de comprovação de tempo de atividade profissional.

10. DOS RECURSOS

10.1. O candidato poderá apresentar recurso, devidamente fundamentado, informando as razões pelas quais discorda do resultado. Os recursos deverão ser interpostos e protocolizados no Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal de João Neiva/ES e dirigido ao Presidente da Comissão do presente Processo Seletivo, nos prazos constantes no Anexo IV.

10.2. No caso de eliminação, o candidato poderá interpor recurso junto à Comissão do presente Processo Seletivo, no prazo estabelecido no Anexo III.

10.3. Na impetração do recurso, não serão aceitos novos documentos para conferência/análise e/ou alteração das informações prestadas pelo candidato na inscrição.

11. DA CLASSIFICAÇÃO E DA ELIMINAÇÃO

11.1. A lista geral dos candidatos classificados ou não, será disponibilizada no site www.joaoneiva.es.gov.br, DOM e afixada no mural da Prefeitura Municipal de João Neiva e da Secretaria Municipal de Saúde.

11.2. Será excluído do Processo Seletivo o candidato que:

a) fizer declaração falsa ou inexata;

b) agir com desdém para qualquer membro da comissão;



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

- c) for responsável pela falsa identificação funcional;
- d) utilizar ou tentar utilizar meios fraudulentos para obter sua aprovação;
- e) não atender as determinações deste Edital.

12. DA CONVOCAÇÃO

12.1. A convocação dos classificados será realizada pela Semsa, de acordo com a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, será divulgada no site www.joaoneiva.es.gov.br e afixada no mural da Prefeitura Municipal de João Neiva e Secretaria Municipal de Saúde.

12.2. Todos os candidatos convocados deverão comparecer ao local, dia e horário definidos na convocação, munidos, obrigatoriamente, de toda a documentação exigida neste Edital, com tolerância máxima de 05 (cinco) minutos.

12.3 No ato da convocação o candidato deverá se apresentar na secretaria municipal de saúde com todos os documentos originais que foram inseridos no envelope e inscrição, após a conferência dos documentos o candidato se apresentará no setor de recursos humanos. A não apresentação do original de qualquer desses documentos acarretará na desclassificação automática.

12.4. A convocação para contratação obedecerá, rigorosamente, à classificação do Processo Seletivo e, caso o candidato ou seu Procurador não se apresente no dia, horário e local marcado na sua convocação pública será desclassificado.

12.5. O candidato poderá solicitar por expresso sua reclassificação, uma única vez, no dia, horário e local marcado para sua convocação pública, sendo encaminhado para o final da lista de classificação.

12.6. Caso o candidato não assuma o exercício na data estabelecida previamente no contrato, este se tornará sem efeito e o mesmo estará sumariamente eliminado deste Processo Seletivo.

13. DA FORMALIZAÇÃO DO CONTRATO

13.1. Os candidatos convocados deverão comparecer no Departamento de Recursos Humanos, no Prédio Sede da Prefeitura Municipal de João Neiva/ES, localizada na Avenida Presidente Vargas, 157, Centro, João Neiva/ES, munido dos seguintes documentos:

- Atestado de Saúde Ocupacional, emitido pelo Médico do Trabalho da Prefeitura;
- 01 (uma) foto 3x4;
- Certidão de nascimento ou casamento;
- CPF do cônjuge;
- Certidão de nascimento dos filhos até 21 (vinte e um) anos (para IR – se universitário);
- CPF dos filhos até 21 (vinte e um) anos;
- Carteira de identidade;
- Título Eleitoral – Pode usar E-Título (Aplicativo);



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

- Declaração de quitação eleitoral (<http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>);
 - CPF e comprovante de regularidade do CPF (disponível em: <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>)
 - Certificado de reservista – para candidatos do sexo masculino;
 - Carteira nacional de habilitação para os cargos que o exigirem;
 - Diploma ou certificado escolar;
 - Carteira profissional de nível superior para os cargos que o exigirem **E** comprovante de regularidade no órgão a qual está filiado;
 - Nº do PIS ou PASEP **emitido pelo banco**;
 - Comprovante de residência atualizado. Se residência alugada, cópia do Contrato de Locação ou Declaração do Proprietário;
 - Comprovante de regularidade E-Social (<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>)
 - Carteira de Trabalho (parte com a foto e verso) – Pode usar CTPS Digital (Aplicativo);
 - Atestado de antecedentes criminais (<http://ssp.sesp.es.gov.br/rgantecedentes/xhtml/pesquisaantecedentes.jsf>);
 - Certidões Negativas: Polícia Federal e do Tribunal de Justiça: Cível e Criminal – 1ª e 2ª Instância. (Emissão online)
 - Carteira de Vacinação - filhos até cinco anos (para salário família);
 - Carteira de Vacinação e Declaração de Frequência Escolar – filhos de seis a treze anos (para salário família);
 - Formulário de cadastramento preenchido (conforme modelo);
 - Declaração de bens preenchida (conforme modelo);
 - Declaração de não acumulação de cargos preenchida (conforme modelo);
 - Declaração de acumulação de cargos preenchida (conforme modelo);
 - Declaração de parentesco preenchida (conforme modelo);
 - Cartão de Conta Corrente – cópia bem legível – Banco do Brasil, Banestes e/ou Caixa Econômica Federal;
 - Se não tiver cartão, pegar comprovante junto ao banco, contendo: nome do banco, número da agência e número da Conta Corrente;
- IMPORTANTE:** É obrigatório que todos os documentos estejam atualizados com sobrenome de casado (a), caso tenha havido alteração de sobrenome na certidão de casamento.

13.2. Para efetivação da formalização do contrato, o candidato deverá, obrigatoriamente, apresentar todos os documentos originais para conferência com as cópias apresentadas no ato da inscrição, sob pena de ser eliminado do Processo Seletivo.

13.3. O candidato convocado que não comparecer a chamada pública será desclassificado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

14. DA RESCISÃO OU EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

14.1. O contrato temporário extinguir-se-á pelo término do prazo contratual, podendo, no entanto, ser rescindido pelos motivos expostos no art. 13 da Lei Municipal nº 3.181/2019 e no art. 5 da Lei Municipal nº 3.183/2019.

15. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1. Este processo seletivo terá validade de 01 (um) ano, contado a partir da data de homologação, podendo ser prorrogado, por igual período, a critério da Administração.

15.2. Correrá por conta do candidato a realização do exame admissional necessário à sua contratação.

15.3. Os candidatos contratados serão localizados na secretaria Municipal de Saúde do município de João Neiva, conforme o cargo, para desempenharem suas atividades em qualquer localidade do Município, a critério da Administração.

15.4. O candidato que sofreu demissão por justa causa, pela Administração Municipal fica impossibilitado de ser contratado pelo prazo de 05 (cinco) anos a partir da publicação do Ato que o demitiu.

15.5. O contratado estará sujeito ao cumprimento dos requisitos básicos para a investidura no cargo, disposto no subitem 4.4, na impossibilidade do cumprimento, será formalizada a desistência da vaga ou rescisão contratual.

15.6. Os casos omissos serão analisados e julgados pela Comissão deste Processo Seletivo, observados os princípios e normas que regem a Administração Pública e na hipótese da complexidade dos casos serão submetidos à apreciação da Procuradoria Geral do Município.

15.7. De acordo com a legislação processual civil em vigor, fica eleito a Comarca de João Neiva, como foro competente para julgar as demandas judiciais decorrentes deste Processo Seletivo.

16. Integram este Edital, os seguintes Anexos:

Anexo I – Ficha de Inscrição;

Anexo II A- Critérios para atribuição de pontuação para os cargos de nível médio;

Anexo II B- Critérios para atribuição de pontuação para os cargos de nível superior;

Anexo III - Cronograma;

Anexo IV – Modelo solicitação de recurso;

Anexo V - Formulário de Cadastramento de servidor (a)

Anexo VI – Declaração de bens;

Anexo VII – Declaração de acúmulo de cargos;

Anexo VIII – Declaração de não acúmulo de cargos;

Anexo IX – Declaração de grau de parentesco;

Anexo X - Atribuição dos cargos.

João Neiva/ES, 05 de setembro de 2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

Rosilene Maria Fachetti Milani

Presidente da Comissão do Processo Seletivo Simplificado Semsa N° 005/2023
Portaria N° 13.185/2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO I

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - EDITAL SEMSA Nº 05/2023
FICHA DE INSCRIÇÃO Nº _____

DECLARAÇÃO

O abaixo assinado vem requerer à Prefeitura Municipal de João Neiva sua inscrição no Processo Seletivo em epígrafe, para o cargo especificado abaixo, declarando, ao assinar este requerimento de inscrição, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, estando ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas, comprometendo-se à sua devida comprovação, quando exigida, sob pena de não o fazendo, tornar-se insubsistente sua inscrição.

CARGO PRETENDIDO:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Motorista de Ambulância |
| <input type="checkbox"/> Motorista de Veículos Leves e Pesados |

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____
Endereço: _____ nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Celular: _____ Tel. Recado: _____
CPF: _____ RG.: _____
e-mail: _____
Pessoa com deficiência: () sim () não Nº de Folhas: _____

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO Nº _____

| Processo Seletivo Simplificado - Edital SEMSA nº 005/2023 | |
|---|----------------------------------|
| Nome: _____ | Data: ____/____/____ |
| Cargo: _____ | |
| Assinatura do Candidato | Assinatura do Membro da Comissão |

(Guarde este comprovante, o mesmo comprova a sua inscrição para este Processo Seletivo Simplificado nº 005/2023.)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO II

CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO PARA OS CARGOS — Motorista de ambulância e Motorista de Veículos Leves e Pesados.

Critérios para atribuição de pontuação de curso/qualificação profissional e experiência profissional, para efeito de classificação dos cargos de Motorista de ambulância e Motorista de Veículos Leves e Pesados.

| Campo | Curso/qualificação | Pontos | Pontuação Máxima |
|---------------------------------|--|--|-------------------------|
| 1 | Diploma de Ensino Superior na área pleiteada - máximo de 01 (um) certificado. | 20 | 20 |
| 2 | Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 180 (cento e oitenta) horas na área pleiteada – máximo de 01 (um) certificado. | 15 | 15 |
| 3 | Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 80 (oitenta) horas na área pleiteada – máximo de 01 (um) certificado. | 10 | 10 |
| 4 | Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 40 (quarenta) horas na área pleiteada – máximo de 01 (um) certificado. | 5 | 5 |
| EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL | | | |
| 5 | Tempo de serviço prestado em empregos, cargos, funções, cujas atividades sejam afins às atribuições do cargo pleiteado. | 1,0 Por mês trabalhado, até limite de 50 meses. | 50 |

Obs.: deverá ser entregue, para o presente Processo Seletivo, cópia simples dos documentos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO III

CRONOGRAMA

| ATIVIDADE | DATA |
|--|-------------------------|
| Publicação do Edital de Abertura | 05/09/2023 |
| Recurso/Impugnação ao Edital de Abertura | 06/09/2023 |
| Resultado do Recurso/Impugnação contra o Edital de Abertura | 11/09/2023 |
| Período das inscrições | 12/09/2023 a 18/09/2023 |
| Resultado preliminar das inscrições | 19/09/2023 |
| Prazo para recurso da análise de títulos | 21/09/2023 |
| Resultado do recurso da análise de títulos | 22/09/2023 |
| Prova prática para Motorista de Ambulância e Motorista de Veículos Leves e Pesados | 26/09/2023 |
| Resultado da prova prática | 27/09/2023 |
| Prazo para recurso da prova prática | 28/09/2023 |
| Resultado do recurso da prova prática | 29/09/2023 |
| Resultado Final e Homologação do resultado final | 03/10/2023 |

O cronograma previsto poderá ser alterado a qualquer tempo, a critério da Comissão do Processo Seletivo – Edital SEMSA N° 005/2023.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO IV

SOLICITAÇÃO DE RECURSO

PROCESSO SELETIVO SIMPLICADO SEMSA Nº 05/2023

Nome Completo: _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Celular: _____ Tel. Recado: _____

CPF: _____ RG: _____ Data De Nascimento: ____/____/____

Nº De Inscrição: _____ Cargo: _____

DESCRIÇÃO DO RECURSO

João Neiva/ES, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do candidato



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO V

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DO(A) SERVIDOR(A)

| DADOS PESSOAIS | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------|------------|-----------------|--|----|--|
| Nome: | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | Naturalidade: | | | | UF Nascimento: | | | | | |
| Nacionalidade: | | | Estado Civil: | | | | | | | | |
| Raça: | | Sexo: | | M | F | Tipo Sanguíneo: | | | | | |
| Possui Deficiência: | | Sim | Não | Tipo de Deficiência: | | | | | | | |
| DOCUMENTOS | | | | | | | | | | | |
| CPF.: | | RG nº: | | Órg. Emissor: | | UF RG.: | | Data Emiss. RG: | | | |
| Título de Eleitor nº: | | | Zona nº: | | Seção nº: | | Uf Título: | | | | |
| Pis/Pase p: | | CTPS.: | | Série CTPS.: | | UF CTPS.: | | Data Em. CTPS.: | | | |
| Cons. Regional nº: | | Órg. Cons. Reg.: | | Reservista nº: | | | | | | | |
| Órgão Reservista: | | Habilitação nº: | | Cat. Habilitação: | | | | | | | |
| ENDEREÇO | | | | | | | | | | | |
| Logradouro: | | | | | | | | | | Nº | |
| Complemento: | | | | Bairro: | | | | CEP.: | | | |
| Cidade: | | UF.: | | Telefone: () | | Celular: () | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | |
| DADOS FUNCIONAIS | | | | | | | | | | | |
| Tipo Servidor: | | Efetivo | Comissionado | Contratado | Cedido a outro Órgão/Local: | | | | | | |
| Cargo Concurso: | | Cargo/Função que exerce atualmente: | | | | | | | | | |
| Lotação: | | | | | | | | | | | |
| Grau de Instrução: | | Curso de Formação/Graduação: | | | | | | | | | |
| Área de Formação/Licenciatura: | | | | | | | | | | | |
| Especialização: | | Pós-Graduação | | Mestrado | | Doutorado | | | | | |
| INFORMAÇÕES ADICIONAIS | | | | | | | | | | | |
| Possui alguma doença: | | Sim | Não | Qual: | | | | | | | |
| Possui dependentes para Importo de Renda: Não | | Sim | Quantos? | | | | | | | | |
| Possui dependentes para salario familia*? Sim | | Não | *Dependente menor de 14 anos | | | | | | | | |
| Banco: | | Agência: | | Operação: | | Número da Conta: | | | | | |

João Neiva, ES ____/____/____.

Assinatura do(a) Servidor(a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____, Brasileiro
(a), portador do RG: _____, e do CPF: _____,
residente e domiciliado (a) _____
(endereço completo, rua, nº, apt., bairro, cidade, estado, CEP), **DECLARO** para os
devidos fins que até a presente data o meu patrimônio é constituído pelos bens
móveis e imóveis arrolados a seguir:

1º BEM

| | |
|-------------------|-------------------|
| Descrição do bem: | Valor do bem R\$: |
|-------------------|-------------------|

2º BEM

| | |
|-------------------|-------------------|
| Descrição do bem: | Valor do bem R\$: |
|-------------------|-------------------|

3º BEM

| | |
|-------------------|-------------------|
| Descrição do bem: | Valor do Bem R\$: |
|-------------------|-------------------|

4º BEM

| | |
|-------------------|-------------------|
| Descrição do Bem: | Valor do Bem R\$: |
|-------------------|-------------------|

5º BEM

| | |
|-------------------|-------------------|
| Descrição do Bem: | Valor do Bem R\$: |
|-------------------|-------------------|

OU

() Declaro para os devidos fins que, na presente data, não possuo bens móveis e imóveis.

Sendo o que havia declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Neiva, ES ____/____/____.

Assinatura do(a) Servidor(a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: -10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

Eu, _____, RG. nº _____, CPF. nº _____, DECLARO, para fins de posse no Cargo de _____, na Prefeitura Municipal de João Neiva e para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal e no Decreto nº 2.027, de 11/10/1996, **QUE EXERÇO** o cargo de _____, (citar o cargo, a função ou o emprego público) ou percebo aposentadoria relativa ao cargo de _____, (citar o cargo, a função ou o emprego público) pertencente à estrutura do órgão _____ (citar o órgão/entidade);

DECLARO que estou sujeito à carga horária de _____ (citar a carga horária) semanais, que cumpro diariamente, no horário de ____ às _____, conforme certidão expedida por _____ (citar o órgão/entidade), desde ____/____/____;

DECLARO que não sofri, no exercício de função pública, as penalidades previstas no art. 208 da Lei Municipal nº 3.036/2018;

DECLARO, também, estar ciente de que devo comunicar a Prefeitura Municipal de João Neiva/ES qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes para os casos de acumulação de cargos;

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento;

DECLARO, por fim, que tomo ciência, neste ato, de toda a legislação supra referida, cujas cópias estão anexas a presente.

João Neiva/ES, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGOS

Eu, _____, Brasileiro
(a), portador do RG: _____, e do CPF: _____,
residente e domiciliado (a) _____
(endereço completo, rua, nº, apt., bairro, cidade, estado, CEP), **DECLARO** para fins
de posse/exercício no cargo de _____ do quadro
de servidores da Prefeitura Municipal de João Neiva **QUE NÃO EXERCE** cargo,
função ou emprego público junto à administração pública direta, autarquias,
fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e
sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, de
conformidade com os incisos XVI E XVII do Art. 37, da Constituição Federal de
05/10/1988.

DECLARO, outrossim, **QUE NÃO PERCEBE** proventos de aposentadoria
decorrente do Art. 40 ou dos Arts. 42 e 142 da Constituição Federal, que seja
inacumulável com a carreira em que tomará posse.

DECLARO, mais, estar ciente de que deve comunicar a Prefeitura Municipal de
João Neiva qualquer alteração que venha a ocorrer em sua vida funcional que não
atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos,
sob pena de responder processo administrativo disciplinar.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime prevista no
Art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando-o às penas, sem prejuízo de outras
sanções cabíveis.

DECLARO, por fim, que toma ciência de toda a legislação supra referida.

João Neiva, ES ____/____/____.

Assinatura do(a) Servidor(a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

Eu, _____, Brasileiro
(a), portador do RG: _____, e do CPF: _____,
residente _____ e _____ domiciliado(a)
_____ (endereço
completo, rua, nº, apt., bairro, cidade, estado, CEP) no qual ocupo o cargo de
_____, do quadro de servidores da Prefeitura
Municipal de João Neiva – ES, **DECLARO**, para todos os efeitos legais, que por ser
expressão fiel da verdade, firmo a presente declaração, assumindo as
consequências civis, penais e administrativas, sobre eventual falsidade do que for
relatado.

É cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício do cargo em comissão ou de confiança, ou ainda, de função gratificada na Administração Pública Direta ou Indireta, compreendido ajuste mediante designações recíprocas (Súmula Vinculante nº 13 – STF)?

- SIM
 NÃO

Em caso positivo, apontar:

Nome: _____
Cargo: _____
Relação de Parentesco: _____.

Em caso positivo, apontar:

Nome: _____
Cargo: _____
Relação de Parentesco: _____.

João Neiva, ES ____/____/____

Assinatura do(a) Servidor(a)

Parentes até terceiro grau:

- **em linha reta:** pais, avós, bisavós, filhos (as), netos (as) e bisnetos (as);
- **em linha colateral:** irmão (ã), tio (a) e sobrinho (a);
- **por afinidade:** genro, nora, sogro (a), enteado (a), madrasta, padrasto, cunhado (a).



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ANEXO X

ATRIBUIÇÕES DOS CARGOS

Cargo: Motorista De Ambulância

Requisitos: Ensino médio completo, Carteira Nacional de Habilitação categoria mínima "D", e capacitação de Condutores de Veículos de Transporte e de Veículos de Emergência, conforme Resolução no 285/2008, que altera o Anexo II da Resolução no 168/2004 do CONTRAN.

Atribuições do cargo: Dirigir veículos automotores, obedecendo ao Código Nacional de Trânsito; executar, sob orientação, os serviços relativos à condução de ambulâncias para transporte de passageiros, no município, e em viagens intermunicipais e interestaduais, manipulando os comandos e conduzindo-o no trajeto indicado, seguindo as regras de trânsito para o transporte de usuários do Sistema Único de Saúde, para conduzi-los aos locais necessários; vistoriar o veículo, verificando o estado dos pneus, o nível de combustível, água e óleo de cárter, e testando os freios e parte elétrica, e demais condições para perfeita utilização do equipamento, certificando-se de suas condições de funcionamento, e zelando pela manutenção do mesmo; emitir relatórios de trabalho, preencher as planilhas e documentos de controle, e zelar pela documentação e conservação do veículo; zelar pela segurança das pessoas, e dos materiais e equipamentos transportados; recolher o veículo após a jornada de trabalho, conduzindo-o ao local designado para guarda do mesmo; zelar pela limpeza e conservação do veículo; informar, antecipadamente, à autoridade competente, o período de vencimento do boleto unificado do veículo (IPVA, multa, DPVAT, licenciamento, etc. verificar o itinerário a ser seguido; não falar ao celular com o veículo em movimento; estar sempre munido do respectivo documento de habilitação e do documento do veículo; recolher em local apropriado o veículo, após a realização dos serviços, deixando-o corretamente estacionado e fechado; dirigir a ambulância, observando o fluxo do trânsito e sinalização, zelando pelo conforto e segurança dos passageiros; atender às normas de segurança e higiene do trabalho; executar outras atividades correlatas.

Demonstrar competências pessoais: Trabalhar em equipe; agir com criatividade; demonstrar cortesia; cumprir horários e escalas de trabalho; demonstrar capacidade visual espacial; trabalhar sob pressão; respeitar leis de trânsito; dirigir defensivamente; manter-se calmo; demonstrar noções básicas de mecânica de veículos.

Cargo: Motorista De Veículos Leves E Pesados

Requisitos: Ensino Médio completo e Carteira Nacional de Habilitação, categoria mínima "D"



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

Atribuições do cargo: Dirigir veículos automotores, obedecendo ao Código Nacional de Trânsito; dirigir e manobrar veículos e transportar pessoas; transportar, coletar e entregar cargas em geral; movimentar cargas volumosas e pesadas; operar equipamentos, realizar inspeções e reparos em veículos, vistoriar cargas, além de verificar documentação de veículos e de cargas; realizar verificações e manutenções básicas do veículo e utilizar equipamentos e dispositivos especiais tais como sinalização sonora e luminosa; definir rotas e assegurar a regularidade do transporte; realizar as atividades conforme normas e procedimentos técnicos e de segurança; verificar itinerário de viagens, controlar o embarque e desembarque de passageiros e procedimentos no interior do veículo; utilizar-se de capacidades comunicativas; trabalhar seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente; executar procedimentos para garantir segurança e o conforto dos passageiros; transportar passageiros dentro e fora do Município; executar pequenos reparos de manutenção e acompanhar outros que devam ser realizados em oficinas, bem como zelar pela manutenção e conservação dos veículos; transportar passageiros, equipamentos, documentos, etc.; responsabilizar-se pelo veículo, passageiros, equipamentos e documentos durante o trajeto que realizar; zelar e determinar a manutenção preventiva e corretiva, bem como reparos nos veículos, acompanhando sua execução em oficinas; realizar pequenos reparos de emergência; manter o veículo em perfeitas condições de utilização e de limpeza, procedendo para tanto ao controle de troca de óleo, calibragem de pneus, abastecimento, rodízio de pneus, lavagem, lubrificação, etc.; anotar em formulário padronizado a quilometragem percorrida e serviços executados; auxiliar na carga e descarga de materiais, equipamentos, etc.; checar indicações dos instrumentos do painel; ajustar bancos e retrovisores; detectar problemas mecânicos; identificar sinais sonoros, luminosos e visuais; desenvolver atividades que por ventura sejam necessárias nas diversas Secretarias da Administração Direta, desde que preencha os requisitos necessários para tal, em substituição ao servidor efetivo, afastado de suas atividades, temporariamente, conforme Regime Jurídico dos Servidores Públicos do Município de João Neiva; executar outras atividades correlatas. Dirigir veículos: buscar local seguro em caso de perigo; desviar de buracos; evitar paradas bruscas; reduzir velocidade em caso de chuva ou neblina; isolar veículo em caso de emergência ou situações anormais; destravar portas do veículo apenas em local seguro; verificar proximidade da escolta; cumprir ordem de serviço; devolver objetos esquecidos no interior do veículo; calcular distância do local de destino; aplicar procedimentos de primeiros socorros; obedecer aos limites de velocidade, conforme determina a legislação pertinente, dirigindo com segurança e respeito aos demais regamentos de trânsito: não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas ou quaisquer drogas ilícitas, antes, durante e nos intervalos dos deslocamentos e, ainda, não permitir que os passageiros o façam durante o trajeto; submeter-se a testes de alcoolemia, se solicitados em fiscalização de trânsitos; realizar anotações dos cronotacógrafo no início e no fim de cada trajeto; em especial, não dirigir sob o uso



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

de medicamentos que alterem comportamento; não falar ao celular com o veículo em movimento; estar sempre munidos do respectivo documento de habilitação e o documento do veículo; recolher em local apropriado o veículo, após a realização dos serviços, deixando-o corretamente estacionado e fechado. Transportar pessoas, cargas ou valores: utilizar software de navegação (definição do itinerário via GPS), quando disponível; auxiliar deficientes, gestantes, idosos e crianças no embarque e desembarque; liberar embarque e desembarque em local seguro e permitido; alterar itinerário em caso de situações de risco ou emergência; calcular tempo de chegada ao destino; consultar guias e mapas; colocar objetos dos passageiros no compartimento de bagagem; acondicionar carga no veículo; verificar condições físicas da carga, acomodar ocupantes no veículo, embarcar produtos embalados, manusear cargas, retirar objetos dos passageiros do compartimento de bagagem, conferir quantidades dos bens a serem transportados, selecionar o veículo de acordo com capacidade licenciada, identificar avarias no veículo, verificar nível do combustível, abastecer veículo, limpar parte interna e externa do veículo.

Realizar verificações e manutenções básicas do veículo: verificar estado dos pneus; testar sistema elétrico; esterilizar veículos; verificar nível do líquido de arrefecimento do reservatório; testar sistema de freios; conferir equipamentos obrigatórios do veículo; trocar óleos; acompanhar prazos ou quilometragem para revisões periódicas; providenciar revisões periódicas; trocar pneus; climatizar veículo; executar pequenos reparos mecânicos de emergência; verificar suspensão do veículo; localizar vaga para estacionamento; identificar obstáculos ao redor do veículo; controlar velocidade de manobra; estacionar veículo.

Manobrar veículos: localizar veículo no pátio de estacionamento; sinalizar local em caso de estacionamento emergencial; colocar disco no tacógrafo; verificar funcionamento de equipamentos de sinalização sonora e luminosa; utilizar equipamentos de proteção individual (EPI); identificar veículos com carga perigosa.

Efetuar pagamentos e recebimentos: efetuar prestação de contas; custodiar valores ou objetos como fiel depositário; conferir dados do cliente para entrega de mercadorias e execução de serviços; recolher assinatura do recebedor da mercadoria ou serviço; assinar comprovante de débito no fornecimento de combustíveis; informar, antecipadamente, a autoridade competente o período de vencimento do "boleto unificado" do veículo (IPVA, multa, DPVAT, licenciamento, etc.); preencher relatórios de controle; afixar no veículo autorizações legais para exercício da função. Comunicar-se: relatar ocorrências durante a realização do trabalho; acionar empresa seguradora; informar aos responsáveis sobre problemas mecânicos no veículo; solicitar socorro mecânico; relatar problemas mecânicos do veículo; portar identificação individual ou funcional em local visível; relatar atrasos; transmitir informações através de gestos; acionar sinais luminosos e sonoros; avisar extravios, furtos ou avarias de carga; acionar dispositivos de segurança em caso de assalto (luminosos e sonoros); prestar informações gerais aos passageiros; agir com



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br

ética; manter-se atualizado; zelar pelo material transportado; zelar pela segurança dos ocupantes do veículo.

Demonstrar competências pessoais: Trabalhar em equipe; agir com criatividade; demonstrar cortesia; cumprir horários e escalas de trabalho; demonstrar capacidade visual espacial; trabalhar sob pressão; respeitar leis de trânsito; dirigir defensivamente; manter-se calmo; demonstrar noções básicas de mecânica de veículos.

