



## 4ª 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 Janeiro de 2023.

**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

**107 - AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS - ACE 100 - SEDE PCD**

Inscrição	Nome	Data de Nascimento	LP	CE	Nota Final	Posição
304	VANESSA SANTOS MARTINS	16/05/1995	3	33	36	1°



PREFEITURA DE  
**PEDRO CANÁRIO**

SECRETARIA DE SAÚDE

**102 - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS102 (EQUIPE/ÁREA: NOVO HORIZONTE)**

Inscrição	Nome	Data de Nascimento	LP	CE	Nota Final	Posição
349	CLÁUDIA MEDINA MOREIRA BONFIM	10/12/1978	3	33	36	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					
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável		<input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1° a 5° ano), <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (6° a 9° ano), <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo, <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto, <input type="checkbox"/> Ensino médio completo,			<input type="checkbox"/> Educação superior incompleta, <input type="checkbox"/> Educação superior completa, <input type="checkbox"/> Pós-graduação, <input type="checkbox"/> Mestrado, <input type="checkbox"/> Doutorado, <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Brancos <input type="checkbox"/> Castanhos <input type="checkbox"/> Loiros <input type="checkbox"/> Pretos <input type="checkbox"/> Ruivos	<input type="checkbox"/> Azuis <input type="checkbox"/> Castanhos <input type="checkbox"/> Pretos <input type="checkbox"/> Verdes	<input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B-	<input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> 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)		
____/____/____					