

**ASSESSORIA JURIDICA  
PRIMEIRA RETIFICAÇÃO DO EDITAL 02/2022**

**Processo Seletivo Simplificado para Agentes Comunitário de Saúde**

1 - O tempo de serviço prestado no setor público e no cargo pleiteado, contará 1,0 (um) ponto por mês de tempo de serviço, até o máximo de 10,0 (dez) pontos e deverá ser comprovado no ato de inscrição, com preenchimento da ficha em anexo.

1.1-Este Edital, na sua íntegra, será publicado na Sede do Município de São João da Ponte e no Posto de Inscrições. Será divulgado no sítio eletrônico [www.saojoaodaponte.mg.gov.br](http://www.saojoaodaponte.mg.gov.br), dando-se notícia, através do seu Extrato, em órgão de publicação oficial de imprensa.

São João da Ponte, 30 de abril de 2024.

**Maria Alice Fernandes Ferreira**  
Secretária Municipal de Saúde

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 02/2024**

**CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO NA FUNÇÃO/CARGO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Inscrição Nº Data da Inscrição:		
Código de Inscrição Nº		
Nome do Candidato		
Data de nascimento: RG: CPF:		
Endereço completo:		
Cidade:		
Celular: E-mail para contato:		
<b>Documentos a apresentar: (Check List)</b>		
<input type="checkbox"/> cópia da Carteira de Identidade (frente e verso) ou outro documento oficial de identidade e CPF;		
<input type="checkbox"/> apresentar cópia do comprovante de residência;		
<input type="checkbox"/> apresentar comprovante de tempo de serviço prestado em Setor Público no cargo pleiteado (contrato, contagem de tempo, declaração).		
EXERCÍCIO PROFISSIONAL	PONTUAÇÃO	TOTAL
Tempo de serviço prestado em setor público no cargo pleiteado	1,0/mês	10 pontos (máximo)
<b>DECLARAÇÃO DO CANDIDATO</b>		
Atesto sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações prestadas nesta Ficha de Inscrição, bem como veracidade e legalidade dos documentos citados, estando de acordo com as normas deste Processo Seletivo. Declaro, ainda, ter conhecimento das exigências mínimas previstas no Edital Nº 002/2024 que regulamenta o Processo Seletivo Simplificado, e que aceito e atendo a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício do cargo, comprometendo-me, ainda, à sua devida comprovação quando exigida.		
_____ <b>Assinatura do Candidato</b> <b>Data: ___/___/_____</b>		

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 02/2024**

**CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO NA FUNÇÃO/CARGO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Inscrição Nº Data da Inscrição:
Código de Inscrição Nº
Nome do Candidato
Data de nascimento: RG: CPF:
RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**FICHA DE SOLICITAÇÃO**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 02/2024**  
**CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO NA FUNÇÃO/CARGO DE**  
**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Inscrição Nº Data da Solicitação:
Código de Inscrição Nº
Nome do Candidato
Data de nascimento: RG: CPF:
Celular:
E-mail para contato:
<b>Solicito:</b>
<input type="checkbox"/> Tratamento especial
<input type="checkbox"/> Correção de dados
<input type="checkbox"/> outros:
<b>Justificativa:</b>
<b>Documentos apresentados:</b>
_____
<b>Assinatura do Candidato</b>
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:
<b>RESPOSTA DA SOLICITAÇÃO PELA SECRETARIA ORGANIZADORA:</b>
<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO
<b>Justificativa:</b>
REPRESENTANTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA: _____
DATA: ___/___/_____

**Publicado por:**  
Wagner Cordeiro Lima  
**Código Identificador:**EC27A0D2