

**EDITAL DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 001/ 2018**

**ESTABELECE NORMAS PARA SELEÇÃO EM REGIME DE CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA PARA OS EMPREGOS PÚBLICOS QUE ESPECIFICA EM ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE DO ESPÍRITO SANTO – CIM POLINORTE.**

**O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE DO ESPÍRITO SANTO - CIM POLINORTE**, no uso da atribuição legal que lhe foi conferida pelo Contrato de Consórcio Público e deliberações da Assembléia Geral, por meio da Comissão Especial instituída pela Portaria: Portaria CIM POLINORTE, nº 17/2018 de 29/11/2018, torna pública a realização do Processo Seletivo Simplificado, conforme especifica o Art. 37, inciso IX da Constituição Federal e Inciso IV do §2º da Cláusula Décima Sétima do Contrato de Consórcio Público do CIM POLINORTE, para contratação imediata e formação de cadastro de reserva. Faz saber que será realizado, nos termos deste Edital, tendo em vista o disposto no artigo 4º, inc. IX, da Lei nº 11.107/05.

## **1. DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

1.1 O processo de seleção de candidatos para contratação imediata e cadastro de reserva para os cargos de: **Auxiliar Administrativo-Apoio Administrativo, Faturista-Faturamento, Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Técnico em Enfermagem** em regime de contratação temporária, sendo lotados na **UNIDADE DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE – DA REDE CUIDAR CENTRAL/LINHARES**, situada no endereço: Avenida Wilson Durão, nº 1.001 – Três Barras – Linhares/ES - CEP:29.900-000; em atendimento às necessidades de excepcional interesse público do Consórcio Público da Região POLINORTE do Espírito Santo – CIM POLINORTE.

1.2 Compreende-se como processo de seleção: a inscrição, classificação, chamada e contratação para os empregos públicos especificados no Item 1.1, em regime de contratação temporária, em atendimento às necessidades de excepcional interesse público do Consórcio Público da Região POLINORTE do Espírito Santo – CIM POLINORTE.

1.3 Caberá à Comissão Especial, a elaboração de edital, publicação e seleção de que trata o presente Edital.

1.4 O cronograma das etapas deste processo de seleção se dará conforme ANEXO I:

## **2. DOS EMPREGOS PÚBLICOS/FUNÇÕES**

2.1 O emprego público e pré-requisitos, objetos deste Processo Seletivo Simplificado, estão descritos no Anexo II deste Edital.

## **3. DA REMUNERAÇÃO E JORNADA DE TRABALHO**

3.1 A remuneração e carga horária do pessoal contratado em caráter temporário serão na forma do quadro

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



abaixo:

FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO BASE	VAGAS	VAGAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS	Cadastro de Reserva
<b>NÍVEL SUPERIOR</b>					
Farmacêutico	40 horas semanais	R\$ 2.500,00	01	00	+ Cadastro de Reserva
Fisioterapeuta	30 horas semanais	R\$ 2.500,00	01	00	+ Cadastro de Reserva
Assistente Social	30 horas semanais	R\$ 2.500,00	01	00	+ Cadastro de Reserva
Psicólogo	30 horas semanais	R\$ 2.500,00	01	00	+ Cadastro de Reserva
Nutricionista	40 horas semanais	R\$ 2.500,00	01	00	+ Cadastro de Reserva
Enfermeiro	40 horas semanais	R\$ 2.500,00	02	01	+ Cadastro de Reserva
<b>NÍVEL MÉDIO</b>					
Auxiliar Administrativo	40 horas semanais	R\$ 1.150,00	02	01	+ Cadastro de Reserva
Faturista	40 horas semanais	R\$ 1.400,00	01	00	+ Cadastro de Reserva
Técnico de Enfermagem	40 horas semanais	R\$ 1.250,00	04	01	+ Cadastro de Reserva

## 4. DAS VAGAS

4.1 As contratações temporárias serão admitidas em conformidade com a deliberação da Assembléia Geral do consórcio, conforme Ata nº 05/2018 de 23/11/2018 e de acordo com as normas contidas neste Edital.

4.2 Do total das contratações realizadas para cada cargo será respeitada a proporção de 20 x 1 (vagas) para contratação de candidatos com deficiência, na forma do Decreto Federal N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e, suas alterações.

## 5. DAS VAGAS DESTINADAS AS PESSOAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS

5.1 Para a comprovação de atendimento à condição de Pessoa Portadora de Necessidades Especiais (PNE), o candidato inscrito nesta condição deverá apresentar laudo médico original junto ao Serviço de Medicina do Trabalho, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como à provável causa da deficiência, com expressa referência ao código correspondente de Classificação Internacional de Doença – CID, bem como o enquadramento previsto no Art. 4º do Decreto Federal nº 3298/99, alterado pelo Decreto Federal nº 5.296/2004, laudo esse que declare compatibilidade da enfermidade com a função objeto deste Edital.

5.2 Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

- 5.3 Para comprovação da condição, o laudo médico apresentado deve ser emitido nos últimos 06 (seis) meses.
- 5.4 O fornecimento do Laudo Médico é de responsabilidade exclusiva do candidato.
- 5.5 O laudo Médico fornecido terá validade somente para este Processo Seletivo Simplificado e não será devolvido, assim como não serão fornecidas cópias do mesmo.
- 5.6 Havendo convocação de pessoa com deficiência, esta será submetida a avaliação da Comissão de avaliação dos laudos médicos, que confirmará ou não a aptidão para exercer as atribuições do cargo para o qual se inscreveu.
- 5.7 Ocorrendo a constatação de inaptidão, o candidato terá o prazo de 02 (dois) dias úteis para apresentar recurso.
- 5.8 Caso a deficiência não esteja de acordo com os termos da Organização Mundial da Saúde, da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, e do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, a opção de concorrer às vagas destinadas a pessoa com Deficiência será desconsiderada, passando o candidato a fazer parte do grupo geral de inscrição.
- 5.9 A inobservância do disposto nos itens 5.1, 5.2 e 5.3 deste Edital acarretará a perda do direito ao pleito das vagas reservadas.
- 5.10 A convocação respeitará a proporção de 20x1 de Pessoa Portadora de Necessidades Especiais (PNE), na forma do Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, e suas alterações, de acordo com a demanda.
- 5.11 Caso a aplicação do percentual de que trata o subitem 5.10 deste edital resulte em número fracionado, este deverá ser elevado até o primeiro número inteiro subsequente, desde que não ultrapasse 20% (vinte por cento) das vagas oportunamente oferecidas.
- 5.12 O candidato que se declarar com deficiência concorrerá em igualdade de condições com os demais candidatos.
- 5.13 Não havendo candidatos aprovados para as vagas reservadas a pessoa com deficiência, estas serão preenchidas pelos demais candidatos, com estrita observância da ordem de classificação.

## 6. DA DIVULGAÇÃO

6.1 A divulgação das etapas do processo seletivo, serão realizadas nos seguintes sites eletrônicos: [www.consorcioalinorte.com.br](http://www.consorcioalinorte.com.br) (Consórcio CIM Polinorte/ES), [www.dio.es.gov.br](http://www.dio.es.gov.br) (Diário Oficial do Estado do Espírito Santo), [www.diariomunicipal.es.gov.br](http://www.diariomunicipal.es.gov.br) (Diário Oficial dos Municípios do Espírito Santo) e no jornal A Tribuna. Anexo I - Cronograma

6.2 - É de responsabilidade exclusiva do candidato o acompanhamento das etapas deste processo seletivo através dos meios de divulgação acima citados, pois poderá haver mudanças no andamento do mesmo, ocasionando alterações nas datas.

## 7. DA INSCRIÇÃO

7.1 As inscrições serão realizadas em dois locais: **na sede do Consórcio Público da Região Polinorte do Espírito Santo – CIM POLINORTE**, situado à Rua Dr. Antônio Barroso Gomes, Nº 05 – Cohab – Ibraçu/ES - CEP: 29.670 – 000, no horário de 08:00 horas às 16:00 horas e, **na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Linhares/ES**, situada à Rua Governador Bley – s/nº - Bairro Colina , no antigo Hospital Talma (Próximo ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde) - Linhares/ES – CEP: 29.900-000, das 08:00 horas às 17:00 horas. Telefone contato: (27) 3372-2964.

7.1.1 Ao inscrever-se o candidato deverá apresentar à Comissão Especial, a ficha de inscrição do **Anexo VI**, devidamente preenchida dentro do envelope lacrado, juntamente com os seguintes documentos:

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



- I. Cópia de documento de identidade ou documento equivalente com foto;
- II. Cópia **autenticada** de diploma e/ou declaração de conclusão do curso para a vaga pleiteada;
- III. Cópias **autenticadas** dos Certificados dos cursos de Doutorado, Mestrado, Pós-Graduação/ Especialização e outros que julgar necessários reconhecidos pelo MEC, de acordo com a área do cargo pleiteado;
- IV. Declaração **autenticada** de Tempo de Serviço, Certidão de Tempo de Serviço ou cópia **autenticada** da carteira de trabalho, na função pleiteada;
- V. As Declarações de Tempo de Serviço ou Certidão de Tempo de Serviço em órgãos Públicos, só serão aceitas se expedidas pelo Setor de Recursos Humanos e ou Secretaria de Recursos Humanos, específicas para a área pleiteada;
- VI. Todo candidato que comprovar o tempo de serviço na Carteira de Trabalho e que não constar na mesma a data do encerramento do contrato, deverá juntar no envelope de inscrição, declaração da empresa ou Instituição Pública que o mesmo mantém vínculo empregatício até a presente data;
- VII. Para efeitos de pontuação, o candidato que não apresentar a Declaração mencionada no inciso anterior, não será contado o tempo de serviço.

§ 1º O candidato deverá incluir os requisitos para inscrição constantes no Anexo II deste Edital.

§ 2º O candidato poderá fazer somente 1 (uma) inscrição, caso haja mais de uma, o candidato será eliminado.

§ 3º Para a avaliação da EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL serão aceitos os seguintes documentos comprobatórios:

**a)** Para exercício de atividade em empresa/instituição privada, deverá ser apresentado: Cópia da Carteira de trabalho e previdência social, devidamente assinada no cargo a que pleiteia, e declaração do empregador com o período (início e fim), a espécie do serviço realizado e a descrição das atividades desenvolvidas para o cargo/emprego.

**b)** Para exercício de atividade em instituição pública, deverá ser apresentado declaração/certidão de tempo de serviço: emitida pelo setor de Recursos Humanos da instituição, que informe o período (início e fim, ou até a data da expedição da declaração) e o cargo exercido. Sob hipótese alguma serão aceitas declarações ou certidões de tempo de serviço expedidas por postos de saúde, coordenações de unidades hospitalares, coordenação de unidades escolares ou qualquer outro não especificado neste item.

**c)** Para exercício de atividade/serviço prestado por meio de contrato de trabalho: Cópia do Contrato de prestação de serviço/atividade entre as partes e declaração do contratante, que informe o período (início e fim), a espécie do serviço realizado e a descrição das atividades.

§ 4º Não será computada como EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL o tempo de estágio, monitoria, bolsa de estudos, residência médica, voluntariado ou como Sócio Proprietário.

§ 5º Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo. O tempo de serviço trabalhado concomitantemente não será contado em dobro.

§ 6º Somente serão validadas as comprovações de EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL que especificarem dia/mês/ano de entrada e dia/mês/ano de saída do serviço.

§ 7º No caso de contrato de trabalho em vigor (carteira sem baixa sem data de saída) o candidato deverá informar por meio de declaração à data do término ou a continuidade do contrato.

7.2 O tempo de serviço computado para efeito de aposentadoria não será considerado na contagem de pontos estabelecidos no processo de seleção.

7.3 Os documentos de Tempo de Serviço deverão conter a função pleiteada, o período trabalhado, constando dia, mês e ano, sendo que a fração de mês não será considerada para pontuação.

**7.4 O candidato deverá fixar, por fora do envelope, o formulário – REMETENTE – descrito no Anexo III deste Edital, totalmente preenchido digitalmente. O não preenchimento completo, de maneira correta ou manuscrito resultará no indeferimento da inscrição.**

7.4.1 A Comissão Especial não se responsabilizará por eventuais prejuízos causados pelo preenchimento incorreto dos dados de inscrição.

7.4.2 No ato da entrega do envelope pelo candidato, o membro da comissão, responsável pelo recebimento do envelope não realizará a conferência dos documentos, pois o envelope só será recebido se estiver lacrado. Após o recebimento emitirá o protocolo.

7.5 Não serão aceitas inscrições condicionais, via Fax, correspondências, ou fora do prazo estabelecido. Os envelopes poderão ser entregues por terceiros, não sendo necessária a apresentação de procuração.

## **8. DAS ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO**

8.1 O processo seletivo será realizado em ETAPA ÚNICA – Tempo de Serviço e Títulos, de caráter eliminatório e classificatório.

8.2 O processo de seleção do candidato para contratação imediata e cadastro de reserva abrangerá os seguintes itens:

I. Tempo de Serviço;

II. Títulos;

III. Formação Compatível com o exercício do cargo.

8.3 Para os candidatos aos empregos públicos abaixo relacionados segue os critérios de pontuação referente ao tempo de serviço e títulos:

**a) EMPREGO PÚBLICO: Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Enfermeiro e Fisioterapeuta.**

<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>	<b>PONTUAÇÃO UNITÁRIA</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
-------------------------	---------------------------	-------------------------

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



a) Na Função pleiteada em Instituições Públicas e Privadas.	1 ponto/mês trabalhado	48 meses (completos)
<b>TÍTULOS</b>	<b>PONTUAÇÃO UNITÁRIA</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
a) Doutorado na área Pleiteada	25	25
b) Mestrado na área Pleiteada	20	20
c) Pós-Graduação ou Especialização na área pleiteada de 360 horas ou mais	5	10

**b) EMPREGO PÚBLICO: Auxiliar Administrativo-Apoio Administrativo, Faturista-Faturamento e Técnico em Enfermagem.**

<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>	<b>PONTUAÇÃO UNITÁRIA</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
a) Na Função pleiteada em Instituições Públicas e Privadas	1 ponto/mês trabalhado	48 meses (completos)

<b>TÍTULOS</b>	<b>PONTUAÇÃO UNITÁRIA</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
a) Cursos avulsos na área pleiteada de 20 a 59 horas, dos últimos 05 (cinco) anos.	01	02
b) Cursos avulsos na área pleiteada de 60 horas acima, dos últimos 05 (cinco) anos.	02	04

**8.4 Não serão computados pontos aos itens exigidos como pré-requisitos.**

**8.5 Para efeito de classificação, a pontuação referente a títulos considerar-se-á somente 10 (dez) certificados,**

**incluindo pós-graduação ou especialização (até 02 (dois) certificados), mestrado, doutorado e cursos avulsos, na área pleiteada.**

**8.6 Em caso de cursos realizados no exterior será exigida a revalidação dos documentos pelo órgão competente, conforme dispõe o art. 48 § 2º e §3º da Lei 9394/96.**

8.7 Na hipótese da não comprovação dos requisitos mínimos exigidos para o cargo, o candidato estará SUMARIAMENTE ELIMINADO do processo de seleção.

8.8 Nos casos de empate na classificação, o desempate obedecerá à seguinte ordem de prioridade:

- I. maior número de pontos no item títulos apresentados;
- II. maior tempo de experiência profissional;
- III. maior idade, considerando-se dia, mês e ano de nascimento.

## **9. DOS RECURSOS**

9.1 Os recursos para a revisão de pontos obtidos na classificação serão solicitados pelo candidato, por escrito Anexo IV, à Comissão do Processo Seletivo, **na sede do Consórcio Público da Região Polinorte do Espírito Santo – CIM POLINORTE**, situado à Rua Dr. Antônio Barroso Gomes, N° 05 – Cohab – Ibirapu/ES - CEP: 29.670 – 000, no horário de 08:00 horas às 16:00 horas e, **na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Linhares/ES**, situada à Rua Governador Bley – s/nº - Bairro Colina , no antigo Hospital Talma (Próximo ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde) - Linhares/ES – CEP: 29.900-000, das 08:00 horas às 17:00 horas. Telefone contato: (27) 3372-2964.

9.2 Os recursos serão analisados, sendo a decisão final da Comissão, irrecorrível na instância administrativa.

9.3 O julgamento da Comissão será pela maioria dos votos.

## **10. DA CONVOCAÇÃO**

**10.1** A convocação dos candidatos se dará através do e-mail e/ou telefone de contato informado na ficha de inscrição, e por meio de publicação no site eletrônicos do Consórcio Polinorte: [www.consorciopolinorte.com.br](http://www.consorciopolinorte.com.br).

**10.2** O candidato deverá apresentar-se na sede do CONSÓRCIO CIM POLINORTE/ES no prazo de 2 (dois) dias úteis após a convocação.

**10.3** O candidato deverá:

- I. ser brasileiro, nato ou naturalizado;
- II. ter, na data da apresentação, idade mínima de 18 (dezoito) anos completos;
- III. se eleitor, estar quite com a Justiça Eleitoral;
- IV. estar inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e encontrar-se em situação regular junto a Secretaria da Receita Federal;



- V. não estar em débito junto à Fazenda Pública Estadual;
- VI. possuir requisitos exigidos para o cargo e demais qualificações requeridas no processo seletivo;
- VII. não enquadrar-se nas vedações contidas nos incisos XVI, XVII e parágrafo 10 do art. 37 da Constituição Federal de 1988, alteradas pela Emenda Constitucional ou do Decreto Estadual 2.724-R de 06 de abril de 2011, que trata do acúmulo ilegal de cargo público.
- VIII. não ter sido desligado da Administração Pública por falta disciplinar;
- IX. conhecer as exigências estabelecidas neste Edital e estar de acordo com elas;
- X. estar quite no serviço militar, no caso do sexo masculino.

10.4 As escolhas das vagas serão para atendimento à excepcional necessidade do Consórcio Público da Região Polinorte do Espírito Santo – CIM POLINORTE, situado à Rua Dr. Antônio Barroso Gomes, N° 05 – Cohab – Ibraçu/ES - CEP: 29.670 – 000, para execução das atividades na **UNIDADE DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE – DA REDE CUIDAR CENTRAL/LINHARES**, situada no endereço: Avenida Wilson Durão, nº 1.001 – Três Barras – Linhares/ES - CEP:29.900-000.

10.5 Para a comprovação de atendimento à condição de pessoa com deficiência o candidato inscrito nesta condição deverá apresentar laudo médico, original ou cópia autenticada em cartório, emitido nos últimos seis meses, tendo como referência a data da chamada, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como à provável causa da deficiência e sua correlação com a previsão do Decreto Federal N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações.

10.6 O candidato que, por qualquer motivo, estiver impedido de comparecer ao local determinado para tomar posse, poderá fazê-lo por Procurador legalmente habilitado.

10.7 O procurador previsto no item anterior deverá apresentar no ato da posse além da procuração documento original de identidade com foto.

10.8 Os poderes conferidos ao procurador restringem-se apenas ao ato de posse e formalização do contrato, não cabendo, em hipótese alguma, conferi-los quanto à assunção do exercício.

10.9 O não comparecimento do candidato após a convocação, conforme a classificação, no prazo de 02 (dois) dias úteis, será considerado desistência em relação à função pleiteada.

10.10 O candidato que desistir de assumir a vaga para qual foi convocado, deverá preencher e assinar o Termo de Desistência de Cargo Público – Anexo V.

## **11. FORMALIZAÇÕES DO CONTRATO**

11.1 Para efeito de formalização do contrato, fica OBRIGATÓRIA a apresentação de cópia legível dos seguintes documentos:

- a)** Uma (01) Foto 3X4 recente;
- b)** Cópia do comprovante de residência (acompanhado do original);



- c)** Cópia do grupo sanguíneo (acompanhado do original);
- d)** Cópia da Carteira de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação que esteja dentro do prazo de validade (acompanhado do original);
- e)** Cópia do CPF (acompanhado do original);
- f)** Cópia da CTPS (acompanhado do original);
- g)** Cópia da certidão de nascimento ou casamento (acompanhado do original);
- h)** Cópia de certidão de nascimento de filhos menores de 14 (quatorze) anos – se possuir - (acompanhado do original);
- i)** Cópia do Título de eleitor com comprovante da última votação ou declaração de quitação da justiça eleitoral; (acompanhado do original);
- j)** Cópia do certificado de reservista ou documento equivalente, se do sexo masculino (acompanhado do original);
- k)** Cópia do documento de inscrição no PIS/PASEP, se houver (acompanhado do original);
- l)** Declaração de acumulação ou não de cargos em funções públicas – Modelo Anexo VII;
- m)** Declaração de Bens – Modelo Anexo VIII;
- n)** Diploma ou certificado de conclusão do curso correspondente à escolaridade exigida para o cargo (acompanhado do original);
- o)** Cópia do registro no conselho de classe com comprovação de quitação e regularidade profissional;
- p)** Atestado médico de sanidade física e mental, emitido por médico devidamente credenciado – Médico do Trabalho;
- q)** Certidão negativa de débitos com a Fazenda Publica Estadual;
- r)** Cópia do número da conta corrente (cartão ou talão de cheque ou outro documento que comprove). A conta corrente informada não poderá ser conta conjunta e deverá, obrigatoriamente, ser do Banco: Caixa Econômica Federal (Podendo ser: conta corrente, conta salário ou poupança).

11.1.1 Na hipótese da não apresentação da documentação prevista no item anterior para fins de formalização do contrato, o candidato classificado será automaticamente ELIMINADO.

11.1.2 A contratação temporária de pessoal será por período de 01 (um) ano podendo ser renovável por igual período.

## **12. DAS IRREGULARIDADES**

12.1 Eventuais irregularidades constantes no processo de seleção e de contratação dos cargos conforme Item

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



1.1, em Regime de Contratação Temporária serão objeto de sindicância, sob a responsabilidade de Comissão Especial do CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM POLINORTE DO ESPÍRITO SANTO, e os infratores estarão sujeitos às penalidades previstas em Lei.

## 13. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

13.1 O ato de contratação temporária para o exercício da função pública dos empregos públicos conforme Item 1.1, é de competência do presidente do CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM POLINORTE DO ESPÍRITO SANTO, atendidas as disposições contidas no Contrato de Consórcio Público, na legislação pertinente e demais normas contidas neste edital.

13.2 Este processo seletivo terá validade de 12 meses, podendo ser prorrogado por até igual período, a partir da data de divulgação da homologação do resultado final, ou enquanto durar a listagem de reserva técnica.

13.3 Por necessidade ou conveniência do consórcio, o candidato poderá ser convocado a apresentar todos os documentos originais exigidos para conferência e autenticação das cópias.

13.4 Os candidatos estarão sujeitos ao cumprimento do horário de trabalho determinado pelo consórcio na UNIDADE DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE – DA REDE CUIDAR CENTRAL/LINHARES.

13.5 Os candidatos contratados na condição de portador de deficiência serão avaliados quanto à compatibilidade da deficiência e o exercício da função podendo a incompatibilidade resultar na dispensa do mesmo.

13.6 O acompanhamento e a avaliação dos candidatos serão de responsabilidade do CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM POLINORTE DO ESPÍRITO SANTO.

13.7 A avaliação de desempenho do profissional contratado na forma deste edital, quando for evidenciada a insuficiência de desempenho profissional, acarretará na rescisão imediata do contrato celebrado com o CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE – CIM POLINORTE DO ESPÍRITO SANTO, respeitada a legislação vigente;

13.8 O critério de assiduidade será fundamental na avaliação de desempenho do profissional.

13.9 A aprovação neste processo seletivo simplificado não assegura ao candidato a sua contratação, mas apenas a expectativa de ser convocado seguindo rigorosa ordem de classificação, conforme a necessidade, na medida em que se fizer necessária a reposição decorrente da rescisão ou extinção dos contratos em vigor ocorrida durante prazo de validade do presente Edital.

**PARÁGRAFO ÚNICO** De acordo com a legislação processual civil em vigor, fica eleita a Comarca de Ibraçu - ES, foro competente para julgar as demandas judiciais decorrentes do presente processo seletivo simplificado.

Ibraçu - ES, 29 de Novembro de 2018.

**Helen Cristina Grippa**

**Presidente da Comissão Especial**

**ANEXO I - EDITAL Nº 001 / 2018**

**CRONOGRAMA**

<b>ETAPAS</b>	<b>PERÍODOS</b>
Divulgação do Edital	03/12/2018
Período de inscrição	06/12/2018 a 07/12/2018
Avaliação dos títulos	08/12/2018 a 11/12/2018
Divulgação preliminar dos resultados	11/12/2018
Período destinado a pedido de recursos	12/12/2018
Análise dos pedidos de recursos	13/12/2018
Divulgação dos resultados dos recursos	14/12/2018
Divulgação e Homologação final dos resultados	17/12/2018

**OBSERVAÇÃO: Informamos que as datas relacionadas acima poderão sofrer alterações durante a realização do Processo Seletivo, ficando sob responsabilidade do candidato o acompanhamento das possíveis alterações.**

**ANEXO II - EDITAL Nº 001 / 2018**

**CARGOS E PRÉ-REQUISITOS**

<b>Cargo:</b> NUTRICIONISTA
<b>Pré-Requisitos de Ingresso</b>
Diploma devidamente registrado de conclusão de curso de nível superior em Nutrição fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC. Registro no Conselho de Classe.
Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo.
<b>Remuneração:</b> 2.500,00
<b>Carga horária:</b> 40 horas semanais

<b>Cargo:</b> PSICÓLOGO
<b>Pré-Requisitos de Ingresso</b>
Diploma devidamente registrado de conclusão de curso de nível superior em Psicologia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC. Registro no Conselho de Classe.
Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo.
<b>Remuneração:</b> 2.500,00
<b>Carga horária:</b> 30 horas semanais
<b>Cargo:</b> ENFERMEIRO
<b>Pré-Requisitos de Ingresso</b>
Diploma devidamente registrado de conclusão de curso de nível superior em Enfermagem fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC. Registro no Conselho de Classe.

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo.

**Remuneração: 2.500,00**

**Carga horária: 40 horas semanais**

**Cargo: ASSISTENTE SOCIAL**

## **Pré-Requisitos de Ingresso**

Diploma devidamente registrado de conclusão de curso de nível superior em Serviço Social, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). Registro no Conselho de Classe.

Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo.

**Remuneração: R\$2.500,00**

**Carga horária: 30 horas semanais**

**Cargo: FARMACÊUTICO**

## **Pré-Requisitos de Ingresso**

Diploma devidamente registrado de conclusão de curso de nível superior em Farmácia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC. Registro no Conselho de Classe. Comprovar experiência mínima de 06 (seis) meses na função pleiteada.

Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo.

**Remuneração: 2.500,00**

**Carga horária: 40 horas semanais**

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



<b>Cargo:</b> FISIOTERAPEUTA
<b>Pré-Requisitos de Ingresso</b>
Diploma devidamente registrado de conclusão de curso de nível superior em Fisioterapia fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC. Registro no Conselho de Classe.
Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo.
<b>Remuneração:</b> 2.500,00
<b>Carga horária:</b> 30 horas semanais

## NÍVEL MÉDIO

<b>Cargo:</b> AUXILIAR ADMINISTRATIVO-APOIO ADMINISTRATIVO
<b>Pré-Requisitos de Ingresso</b>
Certificado de conclusão ou diploma de curso de nível médio, expedido por instituição de ensino reconhecida pelo MEC. Certificado de curso do Pacote Office (Windows, Word e Excel).
<b>Salário:</b> 1.150,00
<b>Carga horária:</b> 40 horas semanais

<b>Cargo:</b> FATURISTA
<b>Pré-Requisitos de Ingresso</b>
Certificado de conclusão ou diploma de curso de nível médio, expedido por instituição de ensino reconhecida pelo MEC. Certificado de curso do Pacote Office (Windows, Word e Excel). Experiência em faturamento hospitalar. Experiência de 06 (seis) meses de atuação no cargo.
<b>Salário:</b> 1.400,00

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibraçu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



**Carga horária: 40 horas semanais**

**Cargo: TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

## **Pré-Requisitos de Ingresso**

Formação técnica de nível médio em Técnico de Enfermagem, reconhecida pelo MEC. Registro no Conselho de Classe. Comprovar experiência mínima de 06 (seis) meses no cargo, em unidade hospitalar.

Para comprovação do exercício de atividade profissional, não será considerada sobreposição de tempo.

**Remuneração: 1.250,00**

**Carga horária: 40 horas semanais**



**ANEXO III - EDITAL Nº 001 / 2018**

**REMETENTE**

**(EXTERNO AO ENVELOPE PREENCHIDO DIGITALMENTE)**

“Edital nº 001/2018 – Processo Seletivo Simplificado - Consórcio Público da Região Polinorte do Espírito Santo –  
CIM POLINORTE”

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
E-MAIL: _____
CARGO A QUE CONCORRE: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
QUANTIDADE DE FOLHAS CONTIDAS NO ENVELOPE: _____
Declaro serem verdadeiras as informações e documentos encaminhados por meio deste envelope. DATA: ____ / ____ / ____  Assinatura do (a) Candidato (a)

**ANEXO IV - EDITAL Nº 001 / 2018**

**FORMULÁRIO PARA RECURSO**

**RECURSO À COMISSÃO ESPECIAL DO PROCESSO SELETIVO –**

**EDITAL Nº 001 / 2018**

Nome do (a) candidato (a) \_\_\_\_\_

Nº Do Protocolo \_\_\_\_\_ Telefone (    ) \_\_\_\_\_

Emprego Público Pleiteado \_\_\_\_\_

Nº de Ordem da Classificação \_\_\_\_\_

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

Justificativa (escrever a razão pela qual está recorrendo, de forma resumida, objetiva e digitada):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO (A) CANDIDATO (A)**

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



## ANEXO V - EDITAL Nº 001 / 2018

### TERMO DE DESISTÊNCIA DE EMPREGO PÚBLICO

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_, Residente

à Rua: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade

\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, Declara para os devidos fins, que

convocado pelo Consórcio Público da Região POLINORTE – CIM POLINORTE do Espírito Santo, a tomar posse do cargo de

\_\_\_\_\_, sob Classificação nº \_\_\_\_\_ do

Processo Seletivo Simplificado Edital nº 001 / 2018, vem manifestar de livre e espontânea vontade a desistência

de assumi-lo, renunciando a qualquer direito inerente ao referido processo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**ASSINATURA DO (A) CANDIDATO (A)**

# CONSORCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



## ANEXO VI - EDITAL Nº 001 / 2018 - NÍVEL SUPERIOR

FICHA DE INSCRIÇÃO - 01			
NOME _____		TEL _____	
IDENTIDADE Nº: _____	CPF Nº: _____	NASC.: ____/____/____	
NATURALIDADE: _____		ENDEREÇO: _____	
MUNICÍPIO: _____		BAIRRO: _____	
FUNÇÃO PLEITEADA - NÍVEL SUPERIOR			
CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DE PONTOS (SERÁ PREENCHIDA PELA COMISSÃO)			
I-TEMPO DE SERVIÇO	VALOR/MÊS	TEMPO/MESES	PONTOS
Na Função pleiteada em Instituições Públicas e Privadas	1 ponto/mês trabalhado		
SUBTOTAL			
II- TÍTULOS	VALOR ATRIBUÍDO	DOCUMENTO APRESENTADO	PONTOS
a) Doutorado na área Pleiteada	25		
b) Mestrado na área Pleiteada	20		
c) Pós-Graduação ou Especialização na área pleiteada de 360 horas ou mais	5		
SUBTOTAL			
TEMPO DE SERVIÇO E TÍTULOS - TOTAL			

PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO Nº: \_\_\_\_\_

### DECLARO QUE:

- ( ) Não possuo deficiência  
( ) Possuo deficiência, Especificar \_\_\_\_\_  
( ) Possuo cargo público ativo, Especificar \_\_\_\_\_  
( ) Possuo cargo público inativo, Especificar \_\_\_\_\_  
Incluí no envelope, em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ASSINATURA DO (A) CANDIDATO (A)

-----  
CONSÓRCIO POLINORTE -PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 001/2018

PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO Nº: \_\_\_\_\_ Nº DE FOLHAS \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

NOME DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL POR RECEBIMENTO DO ENVELOPE: \_\_\_\_\_

**NÍVEL MÉDIO**

FICHA DE INSCRIÇÃO - 02			
NOME _____		TEL _____	
IDENTIDADE Nº: _____		CPF Nº: _____	
NASCIMENTO: ____/____/____		NATURALIDADE: _____	
ENDEREÇO: _____			MUNICÍPIO: _____
BAIRRO: _____			

**FUNÇÃO PLEITEADA - NÍVEL MÉDIO**

**CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DE PONTOS (SERÁ PREENCHIDA PELA COMISSÃO)**

I-TEMPO DE SERVIÇO	VALOR/MÊS	TEMPO/MESES	PONTOS
a) Na Função pleiteada em Instituições Públicas e Privadas	1 ponto/mês trabalhado		
<b>SUBTOTAL</b>			
II- TÍTULOS	VALOR ATRIBUÍDO	DOCUMENTO APRESENTADO	PONTOS
a) Cursos avulsos na área pleiteada de 20 a 59 horas, dos últimos 05 (cinco) anos.	01		
b) Cursos avulsos na área pleiteada de 60 horas acima, dos últimos 05 (cinco) anos.	02		
<b>SUBTOTAL</b>			
<b>TEMPO DE SERVIÇO E TÍTULOS - TOTAL</b>			

PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO Nº: \_\_\_\_\_

**DECLARO QUE:**

- ( ) Não possuo deficiência  
( ) Possuo deficiência, Especificar \_\_\_\_\_  
( ) Possuo cargo público ativo, Especificar \_\_\_\_\_  
( ) Possuo cargo público inativo, Especificar \_\_\_\_\_  
Incluí no envelope, em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSINATURA DO (A) CANDIDATO (A)**

-----  
**CONSÓRCIO POLINORTE -PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 001/2018**

PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO Nº: \_\_\_\_\_ Nº DE FOLHAS \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

NOME DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL POR RECEBIMENTO DO ENVELOPE: \_\_\_\_\_

**ANEXO VII - EDITAL Nº 001 / 2018**

**Declaração de acumulação ou não de cargos em funções públicas**

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 do Consórcio Público da Região POLINORTE – CIM POLINORTE do Espírito Santo **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 ao Consórcio Público da Região POLINORTE – CIM POLINORTE do Espírito Santo 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 previsto 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.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do Contratado

# CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

(Aracruz, Ibirapu, Fundão, João Neiva, Linhares, Santa Teresa, São Roque do Canaã, Santa Leopoldina, Sooretama e Rio Bananal)



Eu, \_\_\_\_\_, RG. nº \_\_\_\_\_, CPF. nº \_\_\_\_\_, **DECLARO**, para fins de posse no Cargo de \_\_\_\_\_, no Consórcio Público da Região POLINORTE – CIM POLINORTE do Espírito Santo 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. 137 e seu parágrafo único da Lei 8.112/90;

**DECLARO**, também, estar ciente de que devo comunicar ao Consórcio Público da Região POLINORTE – CIM POLINORTE do Espírito Santo 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 à presente.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Convocado



## ANEXO VIII - EDITAL Nº 001 / 2018

### 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 arrolados a seguir:

#### 1º BEM

<b>Descrição do bem:</b>	<b>Valor do bem R\$:</b>
--------------------------	--------------------------

#### 2º BEM

<b>Descrição do bem:</b>	<b>Valor do bem R\$:</b>
--------------------------	--------------------------

#### 3º BEM

<b>Descrição do bem:</b>	<b>Valor do Bem R\$:</b>
--------------------------	--------------------------

#### 4º BEM

<b>Descrição do Bem:</b>	<b>Valor do Bem R\$:</b>
--------------------------	--------------------------

#### 5º BEM

<b>Descrição do Bem:</b>	<b>Valor do Bem R\$:</b>
--------------------------	--------------------------

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

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Convocado