

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLINDA

EDITAL Nº 003/2021

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA EMERGENCIAL

A Secretaria de Saúde do Município de Olinda-PE, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a necessidade temporária de excepcional interesse público fundamentado na Lei Municipal 5323/2002, torna pública a abertura das inscrições para o Processo Seletivo Simplificado destinado à contratação de profissionais para suprir demandas do município.

1 DO REGIME DE TRABALHO, DAS VAGAS, DA FORMAÇÃO ACADÊMICA EXIGIDA E DA REMUNERAÇÃO MENSAL.

1.2 As informações referentes às áreas de conhecimento, ao regime de trabalho, ao número de vagas, à formação acadêmica exigida e à remuneração mensal constam do **Anexo I** deste edital.

2 DOS REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO.

2.1 Para a inscrição, o candidato deverá satisfazer as seguintes condições:

- A) Ser brasileiro nato ou naturalizado, ou ainda, no caso de estrangeiro, estar com situação regular no país, por intermédio de visto permanente ou temporário que o habilite, inclusive, a trabalhar no território nacional;
- B) Apresentar o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, em caso de nacionalidade estrangeira;
- C) No caso de nacionalidade portuguesa, o candidato deverá estar amparado pelo Estatuto de Igualdade entre Brasileiros e Portugueses, com reconhecimento do gozo dos direitos políticos, nos termos do Decreto nº. 70.436, de 18/04/1972;
- D) Ter idade mínima de 18 (dezoito) anos;
- E) Estar em pleno gozo dos direitos políticos;
- F) Estar quite com as obrigações militares e eleitorais;
- G) Possuir aptidão física e mental para o exercício do cargo; e em caso de ser portador de comorbidade e faltar com a verdade no exame admissional o candidato será desclassificado mesmo estando em pleno exercício.
- H) Diplomas expedidos por universidades estrangeiras deverão estar revalidados e registrados, conforme legislação pertinente.

2.1 OBRIGATORIEDADE DE ANEXAR AS SEGUINTE DOCUMENTAÇÕES EM ORDEM CRESCENTE:

1. Ficha de Inscrição – Anexo II (**Obrigatório**);
2. Currículo vitae, conforme modelo no Anexo II (**Obrigatório**);
3. RG, CPF e/ou documento oficial de identificação (**Obrigatório**);

4. Título de eleitor e comprovante de quitação com a justiça eleitoral **(Obrigatório)**;
5. Certidão de nascimento/casamento/divorcio **(Obrigatório)**;
6. Comprovante de residência emitido nos últimos 30 dias **(Obrigatório)**;
7. Comprovante de quitação com o serviço militar para homens **(Obrigatório)**;
8. Diploma, frente e verso, ou declaração de conclusão de curso devidamente assinada e autenticada **(Obrigatório)**;
9. Comprovante, na CTPS, com data de entrada e saída, e/ou declarações, com datas atualizadas, dá experiência profissional em rede privada e/ou no Sistema Único de Saúde - SUS na área qual concorre **(Se houver)**;
10. Cursos de capacitação em áreas correlatas às atividades inerentes ao cargo ao qual concorre **(Se houver)**;

2.2 São considerados documentos oficiais de identificação: Carteiras expedidas pelos Comandos Militares, pelas Secretarias de Segurança Pública, pelos Corpos de Bombeiros Militares, pelos Órgãos Fiscalizadores de Exercício Profissional (Ordens, Conselhos, etc.), Passaportes, Carteira Nacional de Habilitação (CNH) com foto, Carteiras Funcionais do Ministério Público e Magistratura, Carteiras Funcionais expedidas por Órgão Público que não estejam vencidas e valham como identidade forma da Lei.

2.3 A não comprovação de qualquer um dos requisitos especificados nos subitem 2 e 2.1, bem como daqueles que vierem a ser estabelecidos neste edital, excluirá **automaticamente** o candidato.

3 DAS INSCRIÇÕES

3.1 A inscrição no Processo Seletivo Simplificado implica, desde logo, no conhecimento e tácita aceitação das condições estabelecidas neste edital e nos seus anexos, das quais o candidato não poderá alegar desconhecimento.

3.2 **As inscrições** estarão abertas no **período de 09/08, 10/08, 11/08, 12/08 e 13/08 de 2021 de 08:00 às 17:00 horas**, podendo ser prorrogado a critério do município de Olinda/PE.

3.3 **As inscrições deverão ser realizadas online através do e-mail:**secretariasauedeolindarh@yahoo.com para o qual deverá ser enviada toda documentação exigida anexada em um único arquivo, exclusivamente no formato PDF, e Discriminando, no assunto, à vaga a qual concorre, valendo apenas a primeira inscrição, sob pena de exclusão sumária docertame.

3.4 Para formalizar a inscrição, o candidato deverá:

a) Preencher a ficha de inscrição, com letra de forma, ou digitalizada, sem rasuras, com os documentos que comprovem a situação do Item 2.1, anexar todas as documentações do item 2.1 em arquivo PDF, informar no assunto do e-mail, qual a vaga que concorre, enviar o arquivo e aguardar a resposta com o número de inscrição.

b) As informações prestadas na ficha de inscrição são de inteira responsabilidade do candidato, sendo excluído do processo seletivo aquele que prestar informações inverídicas.

3.5 Não serão aceitas inscrições que não atendam aos requisitos fixados neste edital, sendo automaticamente canceladas.

3.6 Não serão aceitos como documento de identidade: Certidões de Nascimento, CPF, Títulos Eleitorais, Carteiras de Motorista (modelo antigo), Carteiras de Estudante, Carteiras Funcionais sem valor de identidade, nem documentos ilegíveis, não identificáveis e/ou danificados.

3.7 Os documentos deverão estar em perfeitas condições, de forma a permitirem, com clareza, a identificação do candidato e sua assinatura.

4 DAS VAGAS DESTINADAS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA-PCD

4.1 Do total de vagas ofertadas por Cargo/função neste Edital, o mínimo de 5% (cinco por cento) ou no mínimo 01 (uma) vaga será reservada para pessoas com deficiência, em cumprimento ao que assegura o artigo 97, inciso VI, alínea "a", da Constituição do Estado de Pernambuco, observando-se a compatibilidade da condição especial do candidato com as atividades inerentes às atribuições da função para a qual concorre.

4.2 Serão consideradas pessoas com deficiência aquelas que se enquadrem nos critérios estabelecidos pelo Decreto nº 3.298 de 20.12.1999 e suas alterações, que regulamenta a Lei Federal nº 7.853 de 24/10/1989.

4.3 Os candidatos que desejarem concorrer às vagas reservadas para pessoas com deficiência deverão, no ato da inscrição, declarar essa condição e especificar sua deficiência.

4.4 Os candidatos que se declararem pessoas com deficiência, participarão da seleção pública em igualdade de condições com os demais candidatos, no que se refere ao conteúdo, avaliação e critérios de aprovação e à pontuação mínima exigida para todos os demais candidatos, em conformidade ao que determina o artigo 37 e 41 do Decreto nº 3.298/99 e suas alterações posteriores.

4.5 O candidato que não declarar, no ato da inscrição, ser pessoa com deficiência, ficará impedido de concorrer às vagas reservadas, porém, disputará as de classificação geral.

4.6 A classificação e aprovação do candidato não garantem a ocupação da vaga reservada às pessoas com deficiência, devendo ainda, quando convocado, submeter-se à Perícia Médica que será promovida pela Junta Médica do Município ou entidade por ele credenciada.

4.7 No dia e hora marcados para a realização da Perícia Médica, o candidato deve apresentar o Laudo Médico, conforme Anexo IV deste Edital, atestando o tipo, o grau ou o nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID e indicando a causa provável da deficiência.

4.8 A Perícia Médica decidirá, motivadamente, sobre:

A qualificação do candidato enquanto pessoa com deficiência, observando obrigatoriamente os critérios estabelecidos pelo Decreto nº 3.298 de 20.12.1999;

A compatibilidade da deficiência constatada com o exercício das atividades inerentes à função a qual concorre, tendo por referência a descrição das atribuições da função constante deste Edital.

O candidato que, após a Perícia Médica, não for considerado pessoa com deficiência terá seu nome excluído da lista de classificados para as vagas reservadas. No entanto, permanecerá na lista de classificação para as vagas de concorrência geral.

O candidato cuja deficiência for julgada incompatível com o exercício das atividades da função será desclassificado e excluído do certame.

Da decisão da Perícia Médica caberá Recurso Administrativo, no prazo de **02 (dois) dias úteis** do seu recebimento, endereçado à comissão de seleção simplificada da presente seleção, o qual deverá ser protocolado presencialmente na sede da Secretaria de Saúde de Olinda no endereço: Rua do Sol nº 311, CEP: 53.120-010, Carmo, Olinda, nos dias úteis, das 8:00h às 13:00h.

As vagas reservadas às pessoas com deficiência que não forem preenchidas por falta de candidatos, por reprovação no certame ou por decisão da Perícia Médica, depois de transcorridos os prazos recursais, serão preenchidas pelos demais candidatos da concorrência geral observada a ordem de classificação.

Após a contratação, o candidato não poderá utilizar-se da deficiência que lhe garantiu a reserva de vaga no certame para justificar a concessão de licença ou aposentadoria por invalidez.

5 DO PROCESSO SELETIVO

O Processo Seletivo Simplificado visa o preenchimento das vagas definidas neste edital,

de acordo com a necessidade apresentada pelo município.

6 DA ESTRUTURA

6.1 O Processo Seletivo Simplificado será realizado em uma única etapa constituída de:

A seleção pública simplificada de que trata este edital será realizada em uma única etapa, de caráter classificatório e eliminatório, denominada avaliação curricular, conforme dispõe o Anexo V, deste edital, e será executada pela Comissão Especial de Organização de Seleção Pública Simplificada, responsável pela elaboração das normas, acompanhamento, fiscalização e supervisão da execução dos serviços do Processo Seletivo instituída pela **Portaria nº 057/2021–GAB/SSO**

6.2 Não haverá, sob qualquer pretexto, segunda chamada para apresentação da documentação.

6.3 Caso ocorra duplicidade de inscrição para mesma especialidade, será válida apenas a **primeira inscrição.**

6.4 Todos os resultados serão divulgados no site da Prefeitura Municipal.

O resultado final será publicado no Diário Oficial dos Municípios (AMUPE) e divulgado no site da Prefeitura Municipal de Olinda.

7 DA PROVA DE TÍTULOS

7.1 Os títulos deverão ser anexados junto com o restante da documentação no período de inscrição, através do e-mail: secretariasaudeolindarh@yahoo.com

7.2 Os títulos serão avaliados pelos membros da Comissão Examinadora, com base no constante do Anexo V.

7.3 Nenhuma titulação ou experiência profissional poderá ser computada mais de uma vez.

7.4 O candidato deverá apresentar cópias legíveis dos títulos.

7.5 Não serão aceitos títulos entregues fora do período determinado neste edital.

7.6 O município de Olinda/PE não se responsabiliza por documentos enviados fora do prazo estabelecido neste edital.

8 DO RESULTADO FINAL E DA CLASSIFICAÇÃO

8.1 O resultado preliminar será divulgado no dia **25/08/2021**, contendo todos os candidatos aprovados por ordem de classificação.

8.2 Os candidatos serão classificados, no Resultado Final, de acordo com o escore alcançado.

8.3 O candidato poderá interpor recurso após a divulgação da listagem preliminar, de acordo com o modelo do anexo VI do presente instrumento, de forma presencial, nos dias estabelecidos no calendário de atividades em anexo III deste edital, das 08:00h às 13:00h, devendo ser protocolado no endereço sede da Secretaria de Saúde de Olinda a Rua do Sol nº 311, CEP: 53.120-010, Carmo, Olinda.

8.4 Caberá à Comissão Especial de Organização de Seleção Pública Simplificada, proceder à análise e julgamento do recurso.

8.5 Não serão analisados os recursos interpostos fora do prazo ou apresentados em locais diversos do estipulado neste Edital.

8.6 Não serão analisados recursos interpostos contra avaliação, pontuação ou resultado de outros candidatos.

8.7 Na interposição do recurso, será recebido apenas o formulário de recurso constante do Edital, devidamente preenchido e assinado pelo candidato. Nenhum outro documento anexado ao recurso será aceito.

8.8 Ocorrendo empate no Resultado Final, serão adotados, sucessivamente, os seguintes critérios de desempate:

8.8.1 O candidato com maior pontuação na Análise de Títulos na área pretendida;

8.8.2 O mais idoso;

8.8.3 Ter sido jurado – Lei Federal nº 11.689/2008 que alterou o art. 440 do CPP.

8.8.4 Não obstante o disposto nos subitens acima, fica assegurado aos candidatos que tiverem idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, nos termos do art. 27, da Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), a idade mais avançada como critério para desempate, sucedido os outros critérios previstos.

8.9 O Resultado Final do Processo Seletivo Simplificado estará à disposição dos candidatos para consulta no Portal Eletrônico da Prefeitura de Olinda (www.olinda.pe.gov.br) e será homologado através de Portaria, publicada em Diário Oficial do Município de Olinda.

9 DA HOMOLOGAÇÃO

9.1 A homologação do resultado final do certame será publicada no Diário da AMUPE e no site www.olinda.pe.gov.br

10 DA CONTRATAÇÃO

10.1 Os candidatos serão convocados para contratação, obedecendo-se à ordem de classificação, mediante correspondência com Aviso de Recebimento (AR) **e/ou telefone**

disponibilizados em ficha de inscrição e currículo, bem como por intermédio do e-mail do candidato, informados na ficha de inscrição, sendo ele o único responsável por correspondências não recebidas em virtude de inexatidão dos endereços (físico e eletrônico) e número de telefone informado para Secretaria de Saúde de Olinda. O não atendimento à convocação no prazo de até 02 (dois) dias úteis, após o recebimento válido da comunicação, qualquer que seja, será automaticamente excluído da Seleção Simplificada, sendo convocado o candidato seguinte da listagem final de aprovados.

10.2 É de responsabilidade exclusiva do candidato, a correção e atualização dos seus dados cadastrais junto a Prefeitura Municipal de Olinda.

10.3 Serão de inteira responsabilidade do candidato os prejuízos decorrentes da não atualização de seus dados cadastrais.

10.4 O contrato de trabalho terá uma vigência de 03 (três) meses, podendo ser prorrogado por igual período.

11 DA VALIDADE

O prazo de validade deste Processo Seletivo Simplificado será de 03 (três) meses, contado a partir da data de publicação da homologação do resultado final no Diário da AMUPE, podendo ser prorrogado por igual período, desde que seja conveniente ao Município.

O candidato convocado terá o prazo máximo de 24h (vinte e quatro horas), após a emissão da certidão de aptidão, emitida pela Junta Médica do Município, para apresentar-se ao setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de Olinda, localizado na Rua do Sol, nº 311, CEP: 53.120-010 Carmo/Olinda.

12 DAS VAGAS

Os candidatos(as) classificados(as), além do número das vagas ofertadas neste edital, formarão cadastro de reservas (CR), para contratação, conforme a necessidade da Secretaria de Saúde.

13 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

A inexatidão ou a falsidade documental, ainda que verificadas posteriormente à realização do Processo Seletivo Simplificado, implicará na eliminação sumária do candidato, sendo declarada nula, de pleno direito, a inscrição, e todos os atos dela decorrentes.

14 Será excluído do Processo Seletivo Simplificado o candidato que:

14.1 Não cumprir todas as disposições contidas neste edital;

14.2 Agir com incorreção ou descortesia com qualquer membro da equipe responsável pelo Processo Seletivo Simplificado;

14.3 Serão sumariamente indeferidos todos os recursos interpostos fora dos prazos estabelecidos neste edital.

14.4 Não será fornecido ao candidato qualquer documento comprobatório de classificação, valendo para esse fim o resultado final homologado e publicado no Diário da AMUE e no site [da Prefeitura Municipal de Olinda \(www.olinda.pe.gov.br\)](http://www.olinda.pe.gov.br) sendo de total responsabilidade do candidato o acompanhamento do resultado final.

14.5 O acompanhamento das publicações de editais, avisos e comunicados relacionados ao

Processo Seletivo Simplificado é de responsabilidade exclusiva do candidato.

14.6 Os candidatos classificados, dentro do período de vigência do certame, serão publicados no Diário da AMUPE, acessado pelo endereço eletrônico **<http://www.diariomunicipal.com.br/amupe>**, bem como, convocados através de envio de correspondência postal registrada no endereço indicado pelo candidato, e/ou telefone, como também por intermédio do e-mail, informado na ficha de inscrição.

14.7 O candidato convocado, que se recusar a assinar o contrato, será definitivamente eliminado do certame.

14.8 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão da Seleção Simplificada de Olinda/PE.

14.9 Não serão fornecidas por telefone informações a respeito de datas, e classificações dos(as) candidatos(as) da Seleção pública Simplificada. Os(as) candidatos(as) deverão acompanhar cuidadosamente os prazos e as publicações da prefeitura de Olinda.

ANEXO I

1 - QUADRO DE VAGAS, REQUISITOS, REMUNERAÇÃO MENSAL, JORNADA DE TRABALHO E ATRIBUIÇÕES.

Nº	FUNÇÃO	PRÉ REQUISITOS/NÍVEL DE ESCOLARIDADE	LOCALIDADE DE ATUAÇÃO - PSF/EAP - RUAS	QUANTITATIVO DE VAGAS REGULARES	RESERVADAS (PCD)	REMUNERAÇÃO (R\$)	CARGA HORÁRIA SEMANAL
1	AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS - ACE	ENSINO MÉDIO COMPLETO/CONCLUÍDO COM APROVEITAMENTO, CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL, COM CARGA HORÁRIA MÍNIMA DE 40 HORAS, NOS TERMOS DA LEI N 13.595/18.	CONFORME NECESSIDADE DO MUNICÍPIO	20	1	R\$ 1.550,00	40 h

1. AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS - ACE

REQUISITO: ENSINO MÉDIO COMPLETO/CONCLUÍDO COM APROVEITAMENTO, CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL, COM CARGA HORÁRIA MÍNIMA DE 40 HORAS, NOS TERMOS DA LEI N 13.595/18.

REMUNERAÇÃO MENSAL: R\$ 1.550,00 (MIL QUINHENTOS E CINQUENTA)

CARGA HORÁRIA SEMANAL: 40 horas

REGIME: Mensalista

ATRIBUIÇÕES: Consideram-se atividades do ACE na sua área de atuação, conforme a Lei 13.595 de 5 de Janeiro de 2018. "O Agente de Combate Às endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado; São consideradas atividades típicas do Agente de Combate Às endemias, em sua área geográfica de atuação: desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica; Identificação de casos suspeitos de doenças e agravos a saúde e encaminhamento, quando indicado para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária responsável; Divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas; Realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica, e coletas de reservatórios de doenças; Cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definições de estratégias de prevenção e controle de doenças; Execução de ações e prevenção de controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores; Execução de ações de campo e projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; Registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS; Identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso de doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionadas principalmente aos fatores ambientais; Mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores, dentre outras atividades prevista na legislação mencionada."

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome do Candidato(a):		
Nº RG ou CNH ou Passaporte:	Nº CPF:	Data de nascimento:
Nº Certificado de Reservista (para homens):	Nº CTPS	
Endereço completo:		
FONE: () _____ () _____	E-MAIL:	
CARGO/FUNÇÃO:		
Data:	Assinatura do candidato (a):	

ANEXO III - MODELO DE CURRÍCULO (MERAMENTE ILUSTRATIVO)

Dados Pessoais	Nome completo:		
	Data de Nascimento:		Sexo:
	Endereço:		Telefone: () _____ () _____
	E-mail:		
Formação	Formação	Instituição da Formação	Data da conclusão
	Formação	Instituição da Formação	Data da conclusão
Titulação	Tipo	Instituição da Titulação	Data da conclusão
	Tipo	Instituição da Titulação	Data da conclusão
	Tipo	Instituição da Titulação	Data da conclusão
	Tipo	Instituição da Titulação	Data da conclusão
Experiência	Cargo/Função	Instituição	Período
	Cargo/Função	Instituição	Período
	Cargo/Função	Instituição	Período
Outras Experiências relevantes para Cargo:			
Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas.			
Olinda, _____ de _____ de 2021			
Assinatura do Candidato			

ANEXO IV**CALENDÁRIO DE ATIVIDADES**

ATIVIDADE	DATA / PERÍODO	LOCAL
Publicação do Edital	05/08/2021	Site: www.olinda.pe.gov.br
Período de Inscrição	09/08/2021 10/08/2021 11/08/2021 12/08/2021 13/08/2021 Horários: 08:00 às 17:00h	E-mail: secretariasaudeolindarh@yahoo.com
Divulgação do Resultado preliminar – Lista por ordem de Classificação	25/08/2021	Site: www.olinda.pe.gov.br
Recebimento de Recurso contra classificação	26/08/2021 e 27/08/2021	Presencial de 08:00 às 13:00 horas, na sede da Secretaria de Saúde Rua do Sol, nº 311, Carmo, Olinda – PE. CEP: 53.120-010
Julgamento do Recurso	31/08/2021 e 01/08/2021	-Presencial de 08:00 às 13:00 horas, na sede da Secretaria de Saúde Rua do Sol, nº 311, Carmo, Olinda – PE. CEP: 53.120-010
Divulgação do Resultado Final da Seleção	10/09/2021	www.olinda.pe.gov.br , Diário Oficial dos Municípios de Pernambuco (AMUPE) e Secretaria de Saúde Rua do Sol, nº 311, Carmo, Olinda – PE. CEP: 53.120-010

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA DADOS DO MÉDICO:

Nome completo: _____

CRM/UF: _____ Especialidade: _____

Declaro que o(a) Sr(a) _____ Identidade nº _____

CPF: _____

inscrito(a) como Pessoa com Deficiência na Seleção Simplificada concorrendo a uma vaga para a função de: _____,

conforme Portaria nº _____, de _____ de _____ de _____

fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor (Decreto Federal nº 3.298/1999), (é / não é) portador (a) da

Deficiência: _____,

(física/auditiva/visual) de CID _____, em razão do seguinte quadro: _____

_____.

NOTA: O (A) candidato (a) inscrito (a) como Pessoa com Deficiência é obrigado (a) a, além deste documento, para a análise da organizadora da Seleção, encaminhar em anexo exames atualizados e anteriores que possam comprovar a Deficiência (laudo dos exames acompanhados da tela radiológica, escanometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Audiometria, Campimetria Digital Bilateral, estudo da acuidade visual com e sem correção, etc.).

Olinda, _____ / _____ / 2021

Ratifico as informações acima.

Ass. c/ Carimbo do Médico

Legislação de referência

Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999:

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

- I- deficiência física-alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- II- Deficiência auditiva-perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;
- III- Deficiência visual- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

ANEXO VI
TABELA DE PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO CURRICULAR

1. Nível médio

Indicadores	Pontuação Unitária	Pontuação Máxima
Curso de Capacitação após obtenção do curso em áreas correlatas às atividades inerentes à função para a qual o candidato se inscreveu de, no mínimo, 20 horas/aula.	5	50
Experiência profissional na área referente à especialidade que concorre.	5	50
TOTAL		100

**ANEXO VII
DE FORMULÁRIO PARA A INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Inscrição Nº: _____.

Nome do candidato: _____

CPF: _____, Telefone: _____

E-mail: _____

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo Público Simplificado nº 003/2021

Como candidato a Seleção Pública para a SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA, para o cargo de _____, solicito a revisão de minha classificação, sob os seguintes argumentos: _____

Olinda, _____ de _____ de 2021

Assinatura do Candidato

Secretaria de Saúde de Olinda

Recebido por: _____ /Data _____ / _____ /2021

Área a ser preenchida pela Comissão Organizadora do Prcesso Público Simplificado nº 003/2021 no julgamento de recurso na data prevista no anexo III deste Edital

Deferido			Indeferido	
----------	--	--	------------	--

Justificativa da Comissão Organizadora: _____

Assinatura do membro da comissão organizadora

Instruções:

1. Entregar o recurso já preenchido com letra legível no local indicado no Anexo III;
2. Apresentar argumentações claras e concisas;
- 3. Preencher o recurso em 02 (duas) vias, das quais 01(uma) será retida e outra permanecerá como candidato, sendo atestada a entrega;**
4. O candidato poderá receber o julgamento do recurso no local indicado no Anexo III.