



EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 007

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL 002/2025

O Secretário Municipal de Saúde no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o que determina o Artigo 37, IX da Constituição Federal, Lei Municipal nº 429, de 06 de março de 2025 e, por ordem do Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de Bom Jardim de Goiás, Estado de Goiás, **TORNA PÚBLICO**, a convocação dos classificados do Processo Seletivo Simplificado, que visa a contratação de pessoal por tempo determinado, para atender necessidades temporárias, de excepcional interesse público, objeto do Edital nº. 002/2025.

I. Fica convocado o candidato abaixo relacionado, classificados do Processo Seletivo como Cadastro Reserva, a comparecer no Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Bom Jardim de Goiás, no horário das 08:00h às 11:00h e das 13:00 às 17:00h, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da data da publicação conforme estabelece o item 11.5 do Edital, para apresentar a documentação necessária (Anexo I) para contratação de acordo com ordem classificatória.

CARGO: AGENTE DE COMBATE DE ENDEMIAS

N.º Insc.	Candidato	Classificação
067	CAUÃ ALVES DA SILVA	9º C. RESERVA

II. O não comparecimento do(a) convocado(a) no prazo especificado no item I deste Edital, caracterizará desistência automática do(a) candidato(a) à vaga, reservando-se a Administração o direito de convocar outro(a) candidato(a).

III. O presente Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

Gabinete da Secretária Municipal de Educação e Cultura, Bom Jardim, Estado de Goiás, aos 14 dias do mês de outubro de 2025.

JORGE DE LIMA ALVES

Secretário Municipal de Saúde



	Item
I.	CPF e RG, CNH ou Carteira de Identificação Funcional;
II.	Comprovante de Endereço atualizado;
III.	Título de Eleitor;
IV.	Certidão de Quitação Eleitoral
V.	Certificado de Reservista ou prova de alistamento no serviço militar (somente para candidatos do sexo masculino de 17 a 45 anos);
VI.	Certidão de Nascimento ou Casamento
VII.	Diploma, certificado ou documento de comprovação da conclusão do curso correspondente a escolaridade exigida para o cargo;
VIII.	Comprovante de inscrição junto à Ordem/Conselho de classe respectivo - (Para a Função Pública de Enfermeiro e Técnico de Enfermagem)
IX.	Formulário de Admissão
X.	Declaração de não receber proventos de aposentadoria ou remuneração de cargos, emprego ou função pública, ressalvados os casos de acumulação lícita previstos na Constituição Federal de 1988;
XI.	Declaração de dependentes para fins de IRRF
XII.	Certidão Negativa de Débitos Municipais, do Município de Bom Jardim
XIII.	Carteira Nacional de Habilitação categoria mínima "D" – (Para a Função Pública de Motorista Categoria D) Carteira Nacional de Habilitação categoria mínima "B" – (Para a Função Pública de Motorista categoria B Veículos leves.)
XIV.	Laudo de Saúde Ocupacional com efeito conclusivo sobre as condições físicas e mentais necessárias ao exercício das atribuições do cargo público correspondente.
XV.	Dados Bancários Bradesco (conta Corrente ou Conta salário)
XVI.	PIS/PASEP



FORMULÁRIO PARA ADMISSÃO DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO SERVIDOR				
DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE	NATURALIDADE	
NOME DA MAE			NOME DO PAI	
ESTADO CIVIL		SEXO	RAÇA E COR	
☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado		☐ Masculino ☐ Feminino	☐ Indígena ☐ Branca ☐ Negra	
☐ Viúvo ☐ União Estável ☐ Outros			☐ Amarela de origem japonesa, coreana, etc. ☐ Parda ☐ Não informado	
GRAU DE INSTRUÇÃO				
☐ Analfabeto ☐ Até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter frequentado a escola regular ☐ 4ª série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio) ☐ Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio) ☐ Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio) ☐ Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial) ☐ Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial)			☐ Educação Superior incompleta ☐ Educação Superior completa ☐ Pós Graduação ☐ Mestrado ☐ Doutorado	
DOCUMENTAÇÃO				
CPF		RESERVISTA		
RG	ORGAO EMISSOR	DATA EMISSAO		
TITULO ELEITOR	ZONA	SEÇÃO		
CNH Nº	CATEGORIA	PIS/PASEP		
ENDEREÇO / INFORMAÇÕES DE CONTATO				
ENDEREÇO			CEP	
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE/UF		
TELEFONE	ENDEREÇO ELETRONICO (E-MAIL)			



DECLARO que as informações constantes desse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época

DECLARO que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Recursos Humanos

Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas firmo a presente.

Local:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Servidor Responsável pela análise dos dados



**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS,
FUNÇÕES PÚBLICAS, PROVENTOS OU PENSÃO**

DADOS PESSOAIS			
NOME DO DECLARANTE			
CPF	ESTADO CIVIL	MATRICULA	
ENDEREÇO			CEP
BAIRRO	CIDADE	TELEFONE	
ACUMULAÇÃO DE CARGO OU EMPREGO			
() Declaro que NÃO ACUMULO outro cargo, função ou emprego públicos na administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal ou Municípios.			
() Declaro que ACUMULO outro cargo, função ou emprego públicos. (especificar)			
ESFERA:			
() Federal	() Estadual	() Distrital	() Municipal
ORGAO / ENTIDADE:			CNPJ
CARGO / EMPREGO / FUNÇÃO:			
CARGA HORARIA SEMANAL:			Nº MATRICULA:
ACUMULAÇÃO DE PROVENTOS OU PENSÃO			
() Declaro que NÃO ACUMULO proventos de aposentadoria ou pensão, nem sou militar reformado ou da reserva remunerada..			
() Declaro que ACUMULO proventos de aposentadoria ou pensão ou que sou militar reformado ou da reserva remunerada. (especificar)			
ESFERA:			
() Federal	() Estadual	() Distrital	() Municipal
ORGAO / ENTIDADE:			CNPJ
CARGO / EMPREGO / FUNÇÃO:			
DATA DA CONCESSAO OU DESLIGAMENTO DA ATIVA:			Nº MATRICULA:



Declaro, com base no que dispõe os incisos XVI e XVII do Art. 37 da Constituição Federal e para os fins previstos no paragrafo 2º do Art. 19 da Lei Complementar 010/2010, que:

ESTOU CIENTE de que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, CONSTITUI CRIME, tipificado no Art. 299 (Falsidade ideológica), do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito à pena de reclusão de um a cinco anos e multa, além de DEMISSÃO do cargo, no âmbito administrativo, após apuração em processo administrativo disciplinar, na forma do Título V da Lei Complementar 010/2010.

Caso venha a assumir outros vínculos, assumo o compromisso de comunicar o setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Bom Jardim.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Local:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura



FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

DADOS PESSOAIS			
NOME DO DECLARANTE			
CPF	ESTADO CIVIL	MATRICULA	
ENDEREÇO			CEP
BAIRRO	CIDADE	TELEFONE	

TIPO DE DECLARAÇÃO (deve ser marcada uma única opção)		
() Inclusão de dependente	() Exclusão de dependente	() Não possuo dependente

DADOS DEPENDENTE			
CÓDIGO (*)	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CPF

Para fins do Imposto de Renda, declaro que é ou são meu(s) dependente(s) a(s) pessoa(s) acima relacionada(s).

Declaro, ainda, que este(s) dependente(s) vive(m) sob minha dependência econômica, visto não perceber(em) rendimentos tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal de R\$ 1.710,78 (um mil, setecentos e dez reais e setenta e oito centavos), conforme art. 35, inciso VI da Lei nº 9.250/95, c/c art. 1º da Lei nº 11.119/2005.

Declaro, por fim, que não possuo cônjuge ou companheiro(a) que já deduz referidos dependentes em seu Imposto de Renda. Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da lei.

Local:	
Data: ____ / ____ / ____	Assinatura



TABELA DE CÓDIGOS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
1	Cônjuge.
2	Companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de 5 (cinco) anos, ou por período menor se da união resultou filho. Considera-se também dependente o companheiro ou companheira de união homoafetiva.
3	Filho(a) ou enteado(a) até completar 21(vinte e um) anos
4	Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
5	Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e mentalmente para o trabalho.
6	Irmão(ã), neto(a), bisneto(a), sem arrimo dos pais, do(a) qual o(a) servidor(a) detém a guarda judicial, até completar 21(vinte e um) anos.
7	Irmão(ã), neto(a), bisneto(a), sem arrimo dos pais, do(a) qual o(a) servidor(a) detém a guarda judicial, até completar 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º grau.
8	Irmão(ã), neto(a), bisneto(a), sem arrimo dos pais, do(a) qual o(a) servidor(a) detém a guarda judicial em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho.
9	Pais, avós e bisavós desde que não auferam rendimentos tributáveis, ou não superiores ao limite de isenção mensal.
10	Menor pobre, até completar 21(vinte e um) anos, que o(a) servidor(a) crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial.
11	Pessoa absolutamente incapaz, da qual o(a) servidor(a) seja tutor(a) ou curador(a).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA CONFORME GRAU DE DEPENDÊNCIA

CÓDIGO	DOCUMENTO
1	Cópia da certidão de casamento.
2	Cópia do contrato de união estável.
3	Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a),
4	Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a) e cópia do comprovante de matrícula do ano corrente.
5	Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a) e laudo médico indicando a incapacidade.
6	Cópia de documento que comprove o parentesco e cópia do termo de guarda judicial.
7	Cópia de documento que comprove o parentesco, cópia do termo de guarda judicial e cópia do comprovante de matrícula do ano corrente.
8	Cópia de documento que comprove o parentesco, cópia do termo de guarda judicial, cópia do comprovante de matrícula e laudo médico indicando a incapacidade.
9	Cópia de documento que comprove o parentesco e a dependência financeira.
10	Cópia da Certidão de Nascimento e cópia do termo de tutela ou curatela.
11	Cópia do termo de tutela ou curatela e laudo médico indicando a incapacidade.