



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

ANEXO I

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - EDITAL SEMSA Nº 002/2026  
FICHA DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DECLARAÇÃO

O abaixo assinado vem requerer à Prefeitura Municipal de João Neiva sua inscrição no Processo Seletivo em epígrafe, para o cargo especificado abaixo, declarando, ao assinar este requerimento de inscrição, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, estando ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas, comprometendo-se à sua devida comprovação, quando exigida, sob pena de não o fazendo, tornar-se insubsistente sua inscrição.

CARGO PRETENDIDO:

<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo da eMulti	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional da eMulti
<input type="checkbox"/> Médico Veterinário	<input type="checkbox"/> Atendente de Consultório Dentário do Programa de Saúde Bucal
<input type="checkbox"/> Médico da ESF	<input type="checkbox"/> Psicólogo I

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Recado: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Pessoa com deficiência: ( ) sim ( ) não Nº de Folhas: \_\_\_\_\_

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO Nº \_\_\_\_\_

Processo Seletivo Simplificado - Edital SEMSA nº 002/2026	
Nome: _____	Data: ____/____/____
Cargo: _____	
Assinatura do Candidato	Assinatura do Membro da Comissão

(Guarde este comprovante, o mesmo comprova a sua inscrição para este Processo Seletivo Simplificado nº 002/2026)

*Patricio C. Moraes*

*Berth*

*Uminidio*

*Paulo*

*ep*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

**ANEXO II - A**

**CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO PARA O CARGO — Atendente de Consultório Dentário do Programa de Saúde Bucal.**

Crítérios para atribuição de pontuação de curso/qualificação profissional e experiência profissional, para efeito de classificação do cargo de Atendente de Consultório Dentário do Programa de Saúde Bucal.

Campo	Curso/qualificação	Pontos	Pontuação Máxima
1	Diploma de Ensino Superior na área pleiteada - máximo de 01 (um) certificado.	20	20
2	Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 180 (cento e oitenta) horas na área pleiteada – máximo de 01 (um) certificado.	15	15
3	Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 80 (oitenta) horas na área pleiteada – máximo de 01 (um) certificado.	10	10
4	Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 40 (quarenta) horas na área pleiteada – máximo de 01 (um) certificado.	5	5
<b>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>			
5	Tempo de serviço prestado em empregos, cargos, funções, cujas atividades sejam afins às atribuições do cargo pleiteado.	1,0 Por mês trabalhado, até limite de 50 meses.	50

**Obs.:** deverá ser entregue, para o presente Processo Seletivo, cópia simples dos documentos.

*Ministri  
P. de S. M. de S.*

*B. S.*

*S. S.*

*W. S.*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

**ANEXO II – B**

**CRITÉRIOS PARA PONTUAÇÃO PARA OS CARGOS — Fonoaudiólogo da eMulti, Psicólogo I, Terapeuta Ocupacional da eMulti, Médico da ESF e Médico Veterinário.**

Critérios para atribuição de pontuação de curso/qualificação profissional e experiência profissional, para efeito de classificação dos cargos de Fonoaudiólogo da eMulti, Psicólogo I, Terapeuta Ocupacional da eMulti, Médico da ESF e Médico Veterinário.

Campo	Curso/qualificação	Pontos	Pontuação Máxima
1	Diploma de curso de doutorado na área em que concorre. Também será aceito certificado/declaração de conclusão de curso de doutorado, desde que acompanhado de histórico escolar, até a data da inscrição - máximo 01 (um) diploma.	15	15
2	Diploma de curso de mestrado (título de mestre) - Stricto Sensu na área a que concorre. Também será aceito certificado/declaração de conclusão de curso de mestrado, desde que acompanhado de histórico escolar, até a data da inscrição - máximo 01 (um) diploma.	12	12
3	Certificado de curso de residência nas áreas de Saúde da Família/Comunidade, Saúde Coletiva ou Saúde Pública, Saúde Mental, com carga horária mínima de 5.000.00 h/a (cinco mil) horas aulas na área a que concorre. Também será aceita a declaração de tempo de residência, até a data da inscrição - máximo 01 (um) certificado.”	10	10
4	Diploma de curso de pós-graduação em nível de especialização (Lato Sensu), com carga horária mínima de 360 h/a na área a que concorre. Também será aceita a declaração de conclusão de pós-graduação, desde que acompanhada de histórico escolar, até a data da inscrição - máximo 01 (um) diploma.	07	07
5	Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 200 (duzentas) horas na área pleiteada – máximo de 01 (um) certificado.	04	04
6	Curso de capacitação ou aperfeiçoamento com carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas na Área Específica - máximo de 01 (um) certificado.	02	02
<b>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>			
7	Tempo de serviço prestado em empregos, cargos, funções, cujas atividades sejam afins às atribuições do cargo pleiteado.	1,0 Por mês trabalhado.	50

**Obs.:** deverá ser entregue, para o presente Processo Seletivo, cópia simples dos documentos.

*Paula C. Mendes*

*Uminho*

*17*

*17*





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

**ANEXO IV**

**SOLICITAÇÃO DE RECURSO**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLICADO SEMSA Nº 002/2026**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Recado: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data De Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº De Inscrição: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

**DESCRIÇÃO DO RECURSO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

João Neiva/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

*Paulo C. Martins*  
*Braão*  
*Miranda*  
*Greenf.*  
*af.*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

**ANEXO V**

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DO(A) SERVIDOR(A)**

DADOS PESSOAIS												
Nome:												
Data de Nascimento:					Naturalidade:					UF Nascimento:		
Nacionalidade:					Estado Civil:							
Raça:					Sexo:	M	F	Tipo Sanguíneo:				
Possui Deficiência:	Sim	Não		Tipo de Deficiência:								
DOCUMENTOS												
CPF.:				RG nº:			Órg. Emissor:	UF RG.:		Data Emiss. RG:		
Título de Eleitor nº:					Zona nº:			Seção nº:	Uf Título:			
Pis/Pase p:			CTPS.:			Série CTPS.:			UF CTPS:	Data Em. CTPS.:		
Cons. Regional nº:				Órg. Cons. Reg.:					Reservista nº:			
Órgão Reservista:					Habilitação nº:				Cat. Habilitação:			
ENDEREÇO												
Logradouro:										Nº		
Complemento:					Bairro:					CEP.:		
Cidade:				UF.:			Telefone:	( )		Celular: ( )		
E-mail:												
DADOS FUNCIONAIS												
Tipo Servidor:	Efetivo	Comissionado		Contratado		Cedido a outro Órgão/Local:						
Cargo Concurso:					Cargo/Função que exerce atualmente:							
Lotação:												
Grau de Instrução:					Curso de Formação/Graduação:							
Área de Formação/Licenciatura:												
Especialização:			Pós-Graduação			Mestrado				Doutorado		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS												
Possui alguma doença:	Sim	Não		Qual:								
Possui dependentes para Importo de Renda:	Não	Sim		Quantos?								
Possui dependentes para salario familia*?	Sim	Não		*Dependente menor de 14 anos								
Banco:	Agência:		Operação:			Número da Conta:						

João Neiva, ES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Servidor(a)

*Uminclio*  
*Paulo A. M. P. R.*  
*Brazil*  
*20*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

ANEXO VI

**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  
móveis e imóveis arrolados a seguir:

**1º BEM**

Descrição do bem:	Valor do bem R\$:
-------------------	-------------------

**2º BEM**

Descrição do bem:	Valor do bem R\$:
-------------------	-------------------

**3º BEM**

Descrição do bem:	Valor do Bem R\$:
-------------------	-------------------

**4º BEM**

Descrição do Bem:	Valor do Bem R\$:
-------------------	-------------------

**5º BEM**

Descrição do Bem:	Valor do Bem R\$:
-------------------	-------------------

OU

( ) Declaro para os devidos fins que, na presente data, não possuo bens móveis e imóveis.

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

João Neiva, ES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Servidor(a)

*Dalva C. mang...*  
*Bruce*  
*Uminidiv*  
*[Signature]*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

Eu, \_\_\_\_\_, RG. nº \_\_\_\_\_, CPF. nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de posse no Cargo de \_\_\_\_\_, na Prefeitura Municipal de João Neiva 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. 208 da Lei Municipal nº 3.036/2018;

**DECLARO**, também, estar ciente de que devo comunicar a Prefeitura Municipal de João Neiva/ES 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 a presente.

João Neiva/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Servidor

*Paulo C. Moreira  
Município*

*Breza*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGOS

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 da Prefeitura Municipal de João Neiva **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 a Prefeitura Municipal de  
João Neiva 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 prevista 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.

João Neiva, ES \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)

*Palmeira Moraes*  
*Emílio*  
23



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

Eu, \_\_\_\_\_, Brasileiro  
(a), portador do RG: \_\_\_\_\_, e do CPF: \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ domiciliado(a)  
\_\_\_\_\_ (endereço  
completo, rua, nº, apt., bairro, cidade, estado, CEP) no qual ocupo o cargo de  
\_\_\_\_\_, do quadro de servidores da Prefeitura  
Municipal de João Neiva – ES, **DECLARO**, para todos os efeitos legais, que por ser  
expressão fiel da verdade, firmo a presente declaração, assumindo as  
consequências civis, penais e administrativas, sobre eventual falsidade do que for  
relatado.

É cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício do cargo em comissão ou de confiança, ou ainda, de função gratificada na Administração Pública Direta ou Indireta, compreendido ajuste mediante designações recíprocas (Súmula Vinculante nº 13 – STF)?

- ( ) SIM  
( ) NÃO

Em caso positivo, apontar:

Nome: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Relação de Parentesco: \_\_\_\_\_.

Em caso positivo, apontar:

Nome: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Relação de Parentesco: \_\_\_\_\_.

João Neiva, ES \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a)

Parentes até terceiro grau:

- **em linha reta:** pais, avós, bisavós, filhos (as), netos (as) e bisnetos (as);
- **em linha colateral:** irmão (ã), tio (a) e sobrinho (a);
- **por afinidade:** genro, nora, sogro (a), enteado (a), madrasta, padrasto, cunhado (a).

*Paula P. Moraes  
Uminclio*

*[Handwritten signature]*  
24



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

## ANEXO X

### ATRIBUIÇÕES DOS CARGOS

**Cargo:** Fonoaudiólogo da eMulti

**Requisitos:** Superior completo em Fonoaudiologia e registro no conselho de classe.

**Atribuições do cargo:** Prestar assistência fonoaudiológica para restauração da capacidade de comunicação dos pacientes; efetuar estudo de caso, avaliando as deficiências ligadas à comunicação oral e escrita do paciente, realizando exames fonéticos, da linguagem, audiometria, gravação e outras técnicas próprias; estabelecer plano de treinamento ou terapêutico, com base no prognóstico, determinando exercícios fonoarticulatórios, de respiração, motores, etc.; programar, desenvolver e/ou supervisionar o treinamento de voz, fala, linguagem, expressão e compreensão do pensamento verbalizado e outros, orientando e fazendo demonstração de respiração funcional, empostação de voz, treinamento fonético, auditivo, de dicção e organização do pensamento em palavras para reeducar e/ou reabilitar o paciente; emitir parecer quanto ao aperfeiçoamento ou à praticabilidade da reabilitação fonoaudiológica, empregando técnicas de avaliação específicas para possibilitar a seleção profissional ou escolar; efetuar avaliação audiológica procedendo à indicação de aparelho auditivo, se necessário; avaliar pacientes no decorrer do tratamento, observando a evolução do processo e promovendo os ajustes necessários na terapia adotada; promover a reintegração dos pacientes à família e a outros grupos sociais; encaminhar pacientes, de acordo com o diagnóstico, a médicos especialistas, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, escolas e outros profissionais ou instituições competentes; desenvolver um trabalho preventivo e curativo às crianças e adultos que apresentarem problemas fonoaudiológicos, contribuindo para a melhoria e/ou recuperação; treinar e supervisionar equipes auxiliares ou elementos da escola para que atuem em casos fonoaudiológicos onde a atuação direta do profissional não for necessária; executar outras tarefas correlatas.

**Cargo:** Médico Veterinário

**Requisitos:** Superior completo em Medicina Veterinária e registro no conselho de classe

**Atribuições do cargo:** Praticar clínica médica veterinária em todas as suas especialidades; contribuir para o bem-estar animal; promover saúde pública e de defesa do consumidor; exercer defesa sanitária animal; desenvolver atividades de pesquisa e extensão; atuar nas produções industrial e tecnológica, e no controle de qualidade de produtos; fomentar produção animal; atuar na área comercial agropecuária, de biotecnologia e de preservação ambiental; elaborar laudos, pareceres e atestados; assessorar a elaboração de legislação pertinente; executar outras atividades correlatas; Fomentar produção animal: dimensionar plantel; estudar viabilidade econômica da atividade; estabelecer interface entre informática e

*Dalke A. Moraes*

*Breast  
N. M. M. M.*

*[Handwritten signature]*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

produção animal; realizar análise zootécnica; realizar diagnóstico de eficiência produtiva; desenvolver programas de controle sanitário de plantéis; elaborar projetos de instalações e equipamentos zootécnicos; desenvolver programas de melhoramento genético; avaliar características reprodutivas de animais; elaborar programas de nutrição animal; projetar instalações para animais; supervisionar implantação e funcionamento dos sistemas de produção; aprimorar projetos de instalações e equipamentos zootécnicos; orientar produção e comercialização, segundo tendências de mercado; supervisionar qualidade dos ingredientes utilizados na alimentação animal; orientar criação de animais silvestres em cativeiro; controlar serviços de inseminação artificial; adaptar tecnologia de informática à produção animal; Praticar clínica médica veterinária, em todas as suas especialidades: realizar exame clínico de animais; solicitar exames auxiliares de diagnóstico; interpretar resultados de exames auxiliares de diagnóstico; diagnosticar patologias; prescrever tratamento; indicar medidas de proteção e prevenção; realizar eutanásia; realizar sedação, anestesia e tranquilização de animais; realizar cirurgias; coletar material para exames laboratoriais; realizar exames auxiliares de diagnóstico; realizar intervenções de odontologia veterinária; realizar necropsias; Exercer defesa sanitária animal: elaborar diagnóstico situacional para elaboração de programas; elaborar programas de controle e erradicação de doenças; executar programas de controle e erradicação de doenças; coletar material para diagnóstico de doenças; executar atividades de vigilância epidemiológica; realizar sacrifício de animais; analisar relatório técnico de produtos de uso veterinário; analisar material para diagnóstico de doenças; avaliar programas de controle e erradicação de doenças; notificar doenças de interesse à saúde animal; controlar trânsito de animais, eventos agropecuários e propriedades; Elaborar laudos, pareceres e atestados: emitir atestado de saúde animal; emitir laudo de necropsia; emitir certificado de trânsito de animais, produtos e subprodutos de origem animal; elaborar laudo técnico para auxiliar em questões judiciais; realizar atividades de peritagem em demandas judiciais; elaborar parecer técnico sobre condições de reprodução do animal; emitir parecer técnico de aptidão para crédito rural; emitir atestado de vacinação; elaborar laudo de execução e acompanhamento de quarentena; julgar animais em exposição; elaborar laudo genealógico; Desenvolver atividades de pesquisa e extensão: desenvolver pesquisas de interesse da medicina veterinária e zootecnia; disponibilizar resultados da pesquisa; difundir tecnologia; organizar eventos técnicos e sociais; prestar assistência técnica; executar atividades de educação sanitária; organizar formação de grupos de atividades afins; treinar pessoal; elaborar programas de desenvolvimento comunitário; executar programas de desenvolvimento comunitário; Contribuir para o bem-estar animal: desenvolver técnicas para bem-estar animal; identificar situações de maus tratos a animais; advertir sobre maus tratos a animais; denunciar sobre maus tratos a animais; projetar instalações com vistas ao bem-estar animal; supervisionar sistema de criação em zoológicos e criadouros; integrar equipes que utilizam animais em experimentos e treinamentos; integrar grupos de

Paulo Gomes  
Munício

Bress



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

discussão sobre proteção animal; examinar animal para programas de introdução, reintrodução, translocação e transferência; desenvolver programas de sobrevivência de espécies, a longo prazo; planejar programas de sobrevivência de espécies; Assessorar na elaboração de legislação pertinente: identificar temas relevantes para normatização e regulamentação; analisar aspectos técnicos; elaborar propostas para discussão; elaborar minuta do texto legal; submeter minuta à apreciação pública e jurídica; consultar legislação e normas.

**Demonstrar competências pessoais:**

Demonstrar habilidade manual; demonstrar resistência física; demonstrar versatilidade; agir com iniciativa; agir com coragem; comunicar-se; trabalhar em equipe; argumentar de forma persuasiva; agir em público, com desembaraço; exercer liderança.

**Cargo:** Psicólogo I

**Requisitos:** Superior completo em Psicologia e registro no conselho de classe

**Atribuições do cargo:**

Elaborar pareceres, informes técnicos e relatórios, elaborando pesquisas, entrevistas, fazendo observações e sugerindo medidas para implantação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de atividades em sua área de atuação; participar de grupos de trabalhos e/ou reuniões, realizando estudos, emitindo pareceres ou fazendo exposições sobre situações e/ou problemas identificados, opinando, oferecendo sugestões, revisando e discutindo trabalhos técnicos e científicos, para fins de formulação de diretrizes, planos e programas de trabalho afetos ao Município; estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação; realizar atividades de terapias individuais e de grupos; ministrar palestras, incentivando a motivação e a reabilitação dos pacientes e da sociedade em geral; realizar atividades clínicas pertinentes à sua responsabilidade profissional; apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, com tentativa de suicídio e situações de violência intrafamiliar; criar estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade dos grupos de maior vulnerabilidade; evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos, à psiquiatrização e à medicação de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais, mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões, e acompanhando o paciente durante o processo de tratamento ou cura; investigar os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, tornando-os conscientes; desenvolver pesquisas experimentais, teóricas e clínicas, e

Dalt C. Moraes Jr

Bruce  
mincliv

Handwritten signature and initials



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

coordenar equipes e atividades da área e afins; assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão; desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância inter setorial – conselhos tutelares, associações de bairros, clubes de mães, grupos de idosos, grupos de autoajuda, etc.; ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; diagnosticar os casos de deficiência e alterações físicas e mentais; assistir o portador de deficiência físico-mental no desenvolvimento biopsicossocial dentro de suas limitações, bem como auxiliar a família nos cuidados e na prevenção do mesmo; executar outras atividades correlatas.

**Demonstrar competências pessoais:**

Demonstrar interesse pela pessoa/ser humano; ouvir ativamente (saber ouvir); demonstrar capacidade de contornar situações adversas; respeitar valores e crenças dos pacientes; demonstrar capacidade de observação; demonstrar habilidade de questionar; demonstrar capacidade de raciocínio abstrato.

**Cargo:** Terapeuta Ocupacional da eMulti

**Requisitos:** Superior completo em Terapia Ocupacional e registro no conselho da classe

**Atribuições do cargo:** Realizar intervenções e tratamento de pacientes utilizando procedimentos específicos de terapia ocupacional e ortóptica; avaliar funções e atividades; analisar condições dos pacientes; realizar diagnósticos; atuar na orientação de pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis; desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; executar outras atividades correlatas.

Realizar intervenções/tratamento: eleger procedimentos de intervenções /tratamento; aplicar testes e protocolos; realizar procedimentos de habilitação e de reabilitação; ensinar procedimentos de orientação /mobilidade (dependente/semi-independente/independente); ensinar técnicas de independência e autonomia em atividade de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD); adaptar atividades; prescrever atividades; estimular desenvolvimento neuro-sensório-motor e percepto-cognitivo; estimular percepção tátil-cinestésica e músculo-esquelético; adaptar postura; ensinar formas alternativas de comunicação; estimular percepção espacial e viso-motora; reeducar postura; implementar ações para prevenção e promoção da saúde; prescrever órteses, próteses, adaptações, e produtos assistivos; confeccionar órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos; adaptar órteses, adaptações, próteses e produtos assistivos; treinar pacientes na utilização de órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos; preparar ambiente terapêutico; aplicar estratégias para reabilitação psicossocial; aplicar terapias assistidas por animais; organizar cotidiano de pacientes; coordenar

*Paulo C. Moreira*  
*Ministerio*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
28  
*[Handwritten signature]*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

atividades terapêuticas ocupacionais em grupo; estimular habilidades sociais; acompanhar pacientes em atividades do cotidiano.

Avaliar funções e atividades: avaliar funções neuro-musculo-esqueléticas; avaliar funções sensório-motoras e percepto-cognitivas; avaliar funções manuais; avaliar funções do corpo; avaliar funções psíquicas; avaliar funções psicossociais; avaliar funcionalidade da visão residual; avaliar Atividades de Vida Diária (AVD); avaliar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); avaliar atividades sócio ocupacionais; avaliar condições para o desempenho ocupacional (trabalho, lazer, brincar, escola e ócio); avaliar percepção espacial, temporal e psicomotora; avaliar habilidades e padrões motores; avaliar ambientes físicos; aplicar tecnologias de medição sócio ocupacional; estabelecer plano terapêutico ocupacional.

Analisar condições dos pacientes, ambientes e comunidades: analisar resultados das avaliações; analisar condições socioeconômicas, etnoculturais e educacionais; mapear território; efetuar anamnese; sugerir exames complementares; analisar exames complementares; analisar avaliações de profissionais; analisar critérios de elegibilidade; encaminhar paciente a profissionais e entidades; dar devolutiva da avaliação e conduta terapêutica; realizar escuta qualificada (acolhimento); realizar avaliação ergonômica; analisar atividades humanas; analisar laudos e pareceres; analisar ambientes.

Realizar diagnósticos: avaliar desenvolvimento neuropsicomotor; avaliar sensibilidade; avaliar condições dolorosas; avaliar motricidade geral (postura, marcha, equilíbrio); avaliar coordenação óculo manual e pedal; avaliar órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos; identificar redes de suporte social; avaliar aspectos afetivos, emocionais e sociais; avaliar distúrbios da aprendizagem da linguagem oral, leitura e escrita; avaliar integração sensorial; avaliar aspectos cinético funcionais; realizar diagnóstico sócio ocupacional; avaliar impacto do adoecimento e da institucionalização.

Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis: explicar procedimentos e rotinas; demonstrar procedimentos e técnicas; verificar compreensão da orientação; esclarecer dúvidas; visitar domicílios, escolas, postos de trabalho, instituições e comunidades; orientar técnicas ergonômicas; acompanhar evolução terapêutica; estimular adesão e continuidade do tratamento; elaborar processo de alta; transmitir instruções à equipe multidisciplinar.

Executar atividades técnico-científicas e administrativa: criar métodos de trabalho; estabelecer metodologia de trabalho; estabelecer critérios de elegibilidade; coordenar serviços de cultura, de assistência social e de direitos humanos; estabelecer parâmetros de alta; estabelecer capacidade de atendimento; mediar reuniões; coordenar serviços de saúde e educação; auditar programas e serviços; realizar perícia; administrar recursos humanos, materiais e financeiros; supervisionar profissionais, estagiários e equipes de apoio; capacitar profissionais; desenvolver órteses, próteses, adaptações; participar do desenvolvimento de equipamentos de engenharia de reabilitação; realizar pesquisas; organizar eventos técnico-científicos;

*Dalke C. Moraes*

*João Neiva*

*João Neiva*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

participar de diagnósticos interdisciplinares diferenciais; operar instrumentos e equipamentos de trabalho.

Comunicar-se: interagir com outros profissionais; elaborar manuais técnico-administrativos e projetos; promover campanhas educativas; elaborar trabalhos científicos; elaborar relatórios; divulgar trabalhos; ministrar cursos e palestras; participar de programas de prevenção e promoção de saúde/qualidade vida; elaborar protocolo de avaliação de tratamento; elaborar laudos e pareceres; realizar consultoria e assessoria; registrar procedimentos de evolução de pacientes.

**Demonstrar competências pessoais:**

Demonstrar dinamismo; trabalhar em equipe; transmitir segurança; demonstrar liderança; tomar decisões; demonstrar perseverança; lidar com público; demonstrar objetividade; demonstrar capacidade de observação; contornar situações adversas; demonstrar criatividade; demonstrar capacidade de escuta e interlocução; demonstrar iniciativa; demonstrar empatia; demonstrar capacidade de análise e síntese; demonstrar capacidade de comunicação não verbal; demonstrar acuidade auditiva; demonstrar capacidade motora fina; demonstrar acuidade visual e estereoscópica; lidar com estresse; lidar com enlutamento.

**Cargo:** Atendente de Consultório Dentário do Programa de Saúde Bucal

**Requisitos:** Ensino médio completo com registro no órgão competente

**Atribuições:** Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas; realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; processar filme radiográfico; selecionar moldeiras; preparar modelos em gesso; manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos; participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação e as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, conforme Política Nacional da Atenção Básica.

**Cargo:** Médico da ESF

**Requisitos:** Graduação em Medicina, inscrição no Conselho Regional de Medicina.

**Atribuições do cargo:** Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade; realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou

*Paulo e no...  
Ministri  
Bred  
30  
cap.*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO NEIVA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA PLÁCIDO VASSOLO, 48, 2º PAVIMENTO, CENTRO - JOÃO NEIVA/ES - CEP: 29680-000  
CNPJ: 10.585.650/0001-08 Contato: (27) 99576-1555 – E-mail: [administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br](mailto:administrativo.saude@joaoneiva.es.gov.br)

---

nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal, observadas as disposições legais da profissão; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação e as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, conforme Política Nacional da Atenção Básica.

**Demonstrar competências pessoais:** Transmitir segurança; demonstrar criatividade; lidar com público; demonstrar habilidade de comunicação; contornar situações adversas; demonstrar dinamismo; demonstrar habilidade manual; demonstrar capacidade de observação; demonstrar capacidade de percepção; demonstrar iniciativa.

*Paulo C. M. ...  
...  
31*

