

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 01/2024**  
**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 01/2024**

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

A SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO, em cumprimento ao que determina o artigo 37, inciso II, e 198, § 4º, todos da Constituição Federal e de acordo com o inciso II do art. 30 e os §§ 1º e 4º do art. 37 da Lei Complementar nº 24, de 27 de novembro de 2013, torna público o presente **EDITAL DE CONVOCAÇÃO nº 01** do candidato aprovado e classificado no Processo Seletivo nº 01/2024, aberto pelo Edital nº 01/2024 e suas retificações posteriores, destinado à convocação de Agente Comunitário de Saúde e posterior nomeação. O (a) convocado (a) deve comparecer à Secretaria da Administração/Setor de Recursos Humanos, localizada na Avenida Primeiro de Abril, nº 379, nesta cidade, **em até 30 (trinta) dias corridos da data de publicação deste edital**, para a apresentação dos documentos exigidos.

GRUPO OCUPACIONAL: SERVIÇOS DE SAÚDE – CÓDIGO SSA-600					
CARGO: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE					
COL	ÁREA	MICROÁREA	PORTARIA	NOME	CÓDIGO
1º	05 (ESF V – PIO X)	9	300/2024	MATEUS PROCÓPIO DA SILVA	SSA-APS- 603.1

Sumé (PB), 05 de julho de 2024

**CHECK LIST EXIGIDO EM POSSE**

1. CERTIDÃO NASCIMENTO OU CASAMENTO (Autenticada);
2. CERTIDÃO INSCRIÇÃO PIS/PASEP (Caso ainda não possua, o RH irá, no ato da posse, fornecer formulário preenchido com seus dados, para solicitação junto ao Banco do Brasil) – NÃO SERVE NIS;
3. REGULARIZAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR - Sexo masculino (autenticada);
4. DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIOS E VALORES;
5. COMPROVAÇÃO DE ESCOLARIDADE EXIGIDA (Autenticada);
6. DECLARAÇÃO EXPRESSA DE ACUMULAÇÃO, OU NÃO, DE CARGO OU APOSENTADORIA, CASO POSSUA (Com denominação do cargo, a carga horária e o ente público de lotação, se tiver outro vínculo);
7. TÍTULO DE ELEITOR COM COMPROVANTE DE QUITAÇÃO ELEITORAL (Autenticada);
8. CPF (Autenticada);
9. RG (autenticada);
10. CERTIDÃO DOS FOROS CRIMINAIS (Federal e Estadual) obtido na INTERNET;
11. CARTEIRA DE TRABALHO – CTPS (Autenticada);
12. CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS SE TIVER (Autenticada);
13. DUAS FOTOS 3X4 RECENTES;
14. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
15. NÚMEROS TELEFÔNICOS PARA CONTATO;
16. CPF DO PAI OU DA MÃE (se vivos);
17. CPF DO CÔNJUGE (se tiver);
18. CPF DOS FILHOS (se tiver);
19. LAUDO DE APTIDÃO POR MÉDICO DO TRABALHO (Agenda na Sala do Trabalhador – 9 9954 4176 – 9 9802 6240);
20. LAUDO MENTAL (Fornecido por Médico Psiquiatra);
21. EXAMES:
  - 21.1 ELETROENCEFALOGRAMA (Com Laudo);
  - 21.2 BACILOSCOPIA EM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (Com Laudo);
  - 21.3 RAIOS X DE TÓRAX (Com Laudo).

DÚVIDAS E/OU INFORMAÇÕES: (83) 3353 2274 / (83) 9 9661 4748