



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

EDITAL DE ABERTURA DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 002/2025, PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA POR EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPO FORMOSO - BA.

A **Prefeitura Municipal de Campo Formoso - BA**, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, Processo Administrativo nº 1094/2025, considerando o disposto no art. 37, IX, da CRFB/88 e Lei municipal nº 005/2018, que estabelece os casos de contratação por tempo determinado, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público para atuação nas áreas descritas neste Edital.

RESOLVE:

I. TORNAR PÚBLICO o Edital de Processo Seletivo nº 002/2025 da Secretaria de Saúde do Município de Campo Formoso - BA, que disciplina o Processo de Seleção Simplificada visando à contratação temporária das funções abaixo identificadas, para atender situação de excepcional interesse da Secretaria Municipal de Saúde, o qual será regido por este Edital e demais normas que venham a ser editadas e que passarão a integrá-lo para todos os efeitos legais;

II. INSTITUIR a Comissão Coordenadora da Seleção - CCS, responsável por sua normatização e acompanhamento da execução, ficando, desde já, identificados os seus membros, conforme Decreto nº 176/2025, editada no DOM de 16.06.2025:

Presidente: Celiomar Oliveira Santos, com matrícula nº 5041
1º Secretário: Joyce Layze Carvalho Silva, com matrícula nº 12683
2º Secretário: Diego Carvalho Silva, com matrícula nº 12676
1º Membro: Emília Carvalho Miranda, com matrícula nº 11962
2º Membro: Luana dos Santos Araújo, com matrícula nº 12287

III. ESTABELEECER que seja de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Comissão Coordenadora de Seleção - CCS, a criação dos instrumentos técnicos necessários à inscrição, avaliação e divulgação dos resultados, além de todos os comunicados que se fizerem necessários ao processo seletivo.

1. DAS INSCRIÇÕES:

- Período: 05/01/2026 a 09/01/2026;
- Horário: das 08h00m às 12h00m;
- Local: Secretaria Municipal de Saúde - Administrativo

1.2. A inscrição implica no conhecimento e aceitação expressa de todo o disposto neste Edital.

1.3. As inscrições serão gratuitas, de acordo com o prazo estabelecido no Cronograma de Atividades constante do Anexo VI, exclusivamente de forma física.

Rua: Juca Marques, 170 - Centro - Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

1.4. Para efetuar a sua inscrição, o candidato deverá comparecer à sede da Secretaria Municipal de Saúde – Setor Administrativo, localizado na Rua Juca Marques, nº 170, 1º andar, Centro, Campo Formoso/BA, CEP: 44.790-000, do horário das 8h00 às 12h, e preencher a ficha de inscrição, devendo, **OBRIGATORIAMENTE**, entregar envelope lacrado com os documentos descritos no Item 1.6.1, 1.6.2 e 1.6.3, nas datas e horários estabelecidos no Anexo VI.

1.5. O Município de Campo Formoso e a Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizarão por inscrições incompletas, documentos ausentes ou ilegíveis, rasurados, bem como por outros fatores que impossibilitem a identificação das informações.

1.6. No ato de inscrição, os candidatos deverão **OBRIGATORIAMENTE** anexar, no envelope:

1.6.1. Cópias dos seguintes documentos abaixo relacionados:

- a) Comprovante/certificado de conclusão do ensino fundamental;
- b) Comprovante/certificado de conclusão do ensino médio;

1.6.2. Cópias dos documentos comprobatórios do tempo de experiência para a função a que concorrer:

- a) Contrato de trabalho contido em Carteira de Trabalho e Previdência Social–CTPS; ou
- b) Declaração ou certidão emitida por instituição devidamente registrada no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas – CNPJ, e credenciadas pelos órgãos competentes.

1.6.3. Documentos complementares:

- a) Documento de identidade com foto;
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência;
- d) Currículo;
- e) Declaração de desincompatibilização para exercício da atividade;
- f) Declaração de disponibilidade devidamente assinada, para atuação em unidades de saúde da zona rural.
- g) Carteira Nacional de Habilitação - CNH (Obrigatória para candidatos à vaga de Condutor Veículos)

1.6.4. Os documentos mencionados no item 1.6.3 deverão ser entregues em cópias, e a declaração de disponibilidade para atuar na zona rural do município poderá ser redigida/manuscrita, datada e assinada de próprio punho.

1.7. O candidato, ao se inscrever, declara, sob as penas da lei, que, após a habilitação no Processo Seletivo e no ato da posse do cargo, atende as seguintes condições:

- a) Comprovar possuir grau de escolaridade exigido para a função a que concorre;
- b) Ser brasileiro nato ou naturalizado, na forma do artigo 12 da Constituição Federal;

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

- c) Ter idade mínima de 18 (dezoito) anos;
- d) Estar quite com o Serviço Militar, se for o caso;
- e) Estar em gozo dos seus direitos civis e políticos;
- f) Estar quite com a Justiça Eleitoral;
- g) Preencher as exigências do cargo segundo determinações legais;
- h) Conhecer, entender, aceitar e submeter-se às condições estabelecidas neste Edital, das quais não poderá alegar desconhecimento;

1.7.1. A não apresentação da referida documentação implicará o cancelamento de todos os efeitos da inscrição.

1.8. Para se inscrever o candidato ou seu procurador, deverá, no ato da inscrição, comparecer ao local das inscrições, munido da documentação solicitada no item 1.6 e seguintes, deste edital, para preenchimento do formulário da inscrição.

1.9. Ao preencher o formulário de inscrição, o candidato deverá, **OBRIGATORIAMENTE**, optar por uma única função. **A não indicação da opção desejada ensejará na desclassificação do candidato.**

1.10. Não será admitida a juntada de qualquer documento posterior à inscrição.

1.11. Somente serão aceitas as inscrições realizadas pelo mecanismo previsto no item 1.4 deste Edital.

1.12. Não será aceita a inscrição que não atender ao estabelecido neste Edital.

1.13. A qualquer tempo, será anulada a inscrição e todos os atos e fases dela decorrentes, se for constatada falsidade em qualquer declaração, bem como qualquer irregularidade nos documentos apresentados.

1.14. As informações prestadas no Formulário de Inscrição são de inteira responsabilidade do candidato, devendo a comissão instituída excluir da Seleção o candidato que não preencher o formulário de forma completa e correta ou fornecer dados comprovadamente inverídicos, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis.

1.15. A inscrição do candidato expressará sua integral adesão a todas as regras que disciplinam a presente seleção.

1.16. Serão desclassificados do processo seletivo os candidatos que não anexarem cópias dos documentos descritos no item 1.6 e seguintes, independente da forma de inscrição.

1.17. É vedada a inscrição condicional ou extemporânea.

1.18. Só é permitido 01 (uma) inscrição por candidato, bem como a escolha de somente uma função.

1.19. A inscrição só será efetivada após a apresentação de toda a documentação no referido envelope, que será vistoriado pelo candidato ou procurador junto com o técnico

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

que recepcionou, para identificação do número de laudas apresentadas, e posteriormente assinado por todos.

1.20. O formulário de inscrição será emitido em duas vias, uma será entregue ao candidato ou procurador, e outra seguirá dentro do envelope.

1.21. O candidato deverá conferir e assinar o formulário de inscrição, assumindo total responsabilidade pelos dados nela informados, inclusive a data de nascimento (considerada como critério de desempate), sob pena de ter a sua inscrição cancelada, tornando-se nulos todos os atos decorrentes dela, mesmo que aprovado em todas as etapas do processo seletivo, ainda que o fato seja constatado posteriormente.

1.22. O candidato que possua alguma deficiência deverá, no ato da inscrição, proceder na forma estabelecida no item 2 deste Edital.

1.23. Não serão aceitas inscrições por via postal, condicional e/ou extemporânea.

1.24. A Comissão Coordenadora da Seleção - CCS não se responsabiliza por qualquer equívoco no fornecimento dos dados para a realização da inscrição ou por qualquer declaração falsa, inexata ou, ainda, pelo que não possa satisfazer todas as condições estabelecidas no Edital.

1.25. O candidato responde administrativa, civil e criminalmente, pelas informações prestadas na Ficha e Inscrição.

2. DO CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA

2.1. Às pessoas com deficiência que pretendam fazer uso das prerrogativas que lhes são facultadas no inciso VIII do artigo 37 da Constituição Federal, é assegurado o direito de inscrição no presente Processo Seletivo desde que a deficiência que possuam seja compatível com as atribuições do cargo em provimento.

2.2. Serão reservados 5% (cinco por cento) das vagas oferecidas no presente Edital, por função, para candidatos com deficiência conforme estabelece a legislação, desde que a aplicação do referido percentual de cada função seja igual o superior a 1.

2.3. Consideram-se pessoas com deficiência aquelas que se enquadrarem nas categorias discriminadas no artigo 4º do Decreto Federal 3.298/99 e alterações.

2.4. As pessoas com deficiência participarão do Processo Seletivo em igualdade de condições com os demais candidatos, no que se refere à avaliação e aos critérios de aprovação e à nota mínima exigida para todos os demais candidatos.

2.5. O candidato com deficiência que, no ato da inscrição, não declarar essa condição, não poderá interpor recurso em favor de sua situação.

2.6. Não será contratado o candidato cuja deficiência não for configurada ou for considerada incompatível com a função a ser desempenhada.

2.7. O Laudo Médico deverá ser apresentado na convocação para avaliação (modelo

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

ANEXO IV).

3. FUNÇÕES, VAGAS, REMUNERAÇÃO, CARGA HORÁRIA E REQUISITOS EXIGIDOS PARA A CONTRATAÇÃO

3.1. Segue abaixo tabela com as funções a serem preenchidas:

ITEM	CARGO	ESCOLARIDADE	CARGA HORÁRIA	LOCAL DE TRABALHO	VAGAS	Valor
01	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NÍVEL MÉDIO	40h/semanal	Sede/Zona Rural	46	R\$ 1.621,00
02	AUXILIAR DE LIMPEZA	FUNDAMENTAL	40h/semanal	Sede/Zona Rural	64	R\$ 1.621,00
03	CONDUTOR DE VEÍCULOS CATEGORIA B/C	MÉDIO	40h/semanal	Sede/Zona Rural	36	R\$ 1.621,00
04	CONDUTOR DE VEÍCULOS CATEGORIA D/E	MÉDIO	40h/semanal	Sede/Zona Rural	6	R\$ 2.000,00
05	CUIDADOR	MÉDIO	40h/semanal	Casa de acolhimento Salvador	15	R\$ 2.000,00
06	RECEPCIONISTA	MÉDIO	40h/semanal	Sede/Zona Rural	41	R\$ 1.621,00
07	VIGILANTE	FUNDAMENTAL	40h/semanal	Sede/Zona Rural	44	R\$ 1.621,00

*Valores aplicados conforme a faixa salarial definida pela legislação municipal.

4. DO PROCESSO DE SELEÇÃO

4.1. O Processo Seletivo será realizado por uma comissão prevista no Item II deste Edital, composta de servidores do Município de Campo Formoso, em uma única etapa, por meio de **ANÁLISE CURRICULAR**, em caráter eliminatório/classificatório.

4.2. A contratação será pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, obedecendo-se à ordem de classificação dos candidatos.

5. DA AVALIAÇÃO CURRICULAR

5.1. A avaliação curricular, de caráter classificatório e eliminatório, será realizada pela CCS, levando-se em consideração as experiências na área de atuação devidamente comprovados, tendo como parâmetro de pontuação os requisitos mencionados na tabela seguinte:

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

CARGO = NIVEL FUNDAMENTAL E MÉDIO			
Itens	Títulos	Pontos	Pontuação máxima
01	Experiência profissional na área pretendida por cada ano. Será atribuído 2,0 pontos por cada ano de efetivo trabalho, desde que esteja devidamente registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, ou em documento oficial (declaração ou certidão) emitido por instituição devidamente registrada no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas – CNPJ, e credenciadas pelos órgãos competentes ou cópia do contrato de Trabalho, nos últimos 05 (seis) anos.	2,0 (para cada ano de efetiva atuação)	10,00

6. RESULTADO FINAL DA SELEÇÃO SIMPLIFICADA, CLASSIFICAÇÃO, CONVOCAÇÃO.

6.1. A nota final do candidato será obtida através da soma dos pontos obtidos na análise curricular. Serão considerados classificados, nesta seleção, os candidatos que obtiverem pontuação maior ou igual a 1,0 (um) ponto no somatório.

6.2. Em caso de empate na classificação final terá preferência:

- a) O candidato que possuir maior tempo de experiência no exercício da função;
- b) O candidato que possuir maior idade;

6.3. Fica assegurado, ao (à)(s) candidatos (as) com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, nos termos do art. 27, parágrafo único, da Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), a idade mais critério de desempate que sobrepõe aos demais, sucedido dos outros previstos no item anterior;

6.4. Ocorrendo, ainda, o empate em idade, em função da data de nascimento, serão analisadas as certidões de nascimento dos(as) candidatos(as) para constar o desempate em hora(s), minuto(s) e segundo(s).

6.5. Serão convocados os candidatos por ordem de classificação respeitando o número de vagas estabelecidas neste edital mediante necessidade da Administração Pública.

6.6. A contratação dar-se-á mediante contrato assinado entre as partes, a critério da Administração Pública.

6.7. A Lista de Classificação Final será em ordem decrescente de pontuação.

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

6.8. Haverá 01 (uma) lista de classificação final para todos os candidatos aprovados, destacando-se as pessoas com deficiência que constarão de uma lista específica.

6.9. O resultado final do presente Processo Seletivo será divulgado no Mural de Avisos da Prefeitura de Campo Formoso, na Câmara Municipal e publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município de Campo Formoso, no site <https://doem.org.br/ba/campoformoso>, a partir de 30 de janeiro de 2026.

7. EXCLUSÃO DO CANDIDATO

7.1. Será excluído da seleção simplificada o candidato que:

- Fizer, em qualquer documento, declaração falsa ou incorreta;
- Desrespeitar membro da Comissão Executora e/ou Coordenadora da Seleção Pública;
- Descumprir quaisquer das instruções contidas neste edital ou suas alterações;
- Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos deste processo seletivo, incorrendo em comportamento indevido;
- Se for verificada a duplicidade de inscrições.

8. DOS RECURSOS

8.1.1. Os Recursos contra o resultado deverão ser feitos por escrito, dirigidos à Comissão de Coordenação da Seleção - CCS, devendo ser entregues e protocolados junto à Secretaria Municipal de Saúde, no horário normal de expediente, devidamente fundamentados, constando o nome do candidato, a opção de cargo, o número de inscrição e telefone.

8.1.2. O modelo de formulário para recursos se encontra no Anexo II deste Edital.

8.1.3. Somente serão apreciados os recursos interpostos dentro do prazo do fato que lhe deu origem e que possuírem argumentação lógica e consistente que permita sua adequada avaliação.

8.1.4. O prazo para interposição de recursos está descrito no Anexo VI deste Edital.

8.1.5. Serão indeferidos os recursos interpostos fora do prazo e condições estabelecidos.

8.1.6. A CCS constitui última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.

8.1.7. Admitir-se-á um único recurso por candidato, sendo todas as respectivas decisões individualizadas.

8.1.8. No ato do recurso, não será permitido a entrega de documentos que não foram entregues no ato da inscrição.

9. DA CONTRATAÇÃO

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

9.1.1. As contratações necessárias serão efetivadas após a divulgação do resultado final do Processo Seletivo, onde serão tomadas as providências necessárias para a contratação tais como apresentação de documentação.

9.1.2. As contratações dos aprovados serão realizadas em caráter temporário, com prazo máximo dentro da validade do presente Processo Seletivo.

9.1.3. Para efeito de contratação, fica o candidato sujeito à aprovação em exame médico, de caráter eliminatório, realizado por conta própria, sendo avaliada aptidão física e mental para o exercício da função.

9.1.4. O candidato classificado dentro do número de vagas prestará serviços à Administração Pública Municipal, em conformidade com a necessidade dos serviços públicos, desde que compatível com as atividades e funções exercidas para a qual se destinou a inscrição.

9.1.5. A carga horária a ser cumprida deve ser aquela prevista neste edital.

9.1.6. É facultado à Administração, exigir dos candidatos classificados, quando da contratação, além da documentação prevista neste Edital, outros documentos que julgar necessário.

9.1.7. A convocação se dará através de Edital divulgado no Mural de Avisos da Prefeitura de Campo Formoso, na Câmara Municipal e publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município de Campo Formoso, no site <https://doem.org.br/ba/campoformoso>.

9.1.8. O não comparecimento do candidato convocado dentro dos prazos estabelecidos nos respectivos Editais, será considerado como desistência, em caráter irrevogável.

9.1.9. A qualquer tempo a Administração poderá anular a classificação ou a contratação temporária do (a) candidato (a) sempre que verificada falsidade em qualquer declaração e/ou qualquer irregularidade nos documentos apresentados.

9.1.10. A rescisão do contrato por iniciativa do contratado deverá ser comunicada por escrito ao contratante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, para que os serviços não sofram interrupção regular na prestação.

9.1.11. Poderá a contratante rescindir ou resilir o contrato antes do seu termo final, quando conveniente ao interesse público, desde que cessadas as razões que ensejaram a contratação ou por infração disciplinar do contratado.

10. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

10.1.1. A inscrição do candidato implicará no conhecimento das presentes instruções e na aceitação tácita das condições do Processo Seletivo, tais como se acham estabelecidas neste Edital e nas normas legais pertinentes, bem como em eventuais aditamentos e instruções específicas para a realização do certame, acerca das quais não poderá alegar desconhecimento.

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

10.1.2. Qualquer regra prevista neste Edital poderá ser alterada, atualizada ou sofrer acréscimos, enquanto não consumada a providência ou evento que lhes disser respeito, ou até a data de convocação dos candidatos, circunstância que será mencionada em Edital ou aviso a ser publicado.

10.1.3. Fica vedada a inscrição do candidato em mais de um cargo, garantindo a igualdade e justiça dos demais candidatos inscritos.

10.1.4. O presente Processo Seletivo terá validade até 01 um ano, podendo ser, ou não prorrogado por igual período, a interesse da Administração Pública.

10.1.5. A prorrogação ou não deste processo seletivo dar-se-á, por meio de nota oficial, com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista de seu término.

10.1.6. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão do Processo Seletivo.

Prefeitura Municipal de Campo Formoso/BA, 30 de dezembro de 2025.

Elmo Aluízio Vieira Nascimento
Prefeito Municipal

Paulo Henrique Albuquerque Nascimento
Secretário de Saúde

Celiomar Oliveira Santos
Presidente da Comissão de Coordenação da Seleção - CCS

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

**ANEXO I –
TABELA DE ATIVIDADES POR FUNÇÃO EDITAL DE PROCESSO SELETIVO
SIMPLIFICADO Nº 01/2025**

FUNÇÃO	ATIVIDADES
Auxiliar Administrativo	<ul style="list-style-type: none">✓ Executar atividades administrativas de apoio, envolvendo organização, controle, registro e arquivamento de documentos, processos e expedientes em geral;✓ Atender ao público interno e externo, prestando informações, orientações e encaminhamentos conforme normas e procedimentos estabelecidos;✓ Elaborar, receber, conferir, protocolar, digitalizar e distribuir documentos, correspondências e processos administrativos;✓ Realizar lançamentos, atualizações e consultas em sistemas informatizados, planilhas e bancos de dados da Administração Pública;✓ Auxiliar na elaboração de relatórios, memorandos, ofícios, requerimentos e demais documentos administrativos;✓ Controlar agendas, prazos, fluxos de processos, materiais de expediente e demandas administrativas da unidade;✓ Prestar apoio às áreas de recursos humanos, compras, contratos, patrimônio, almoxarifado, finanças e demais setores administrativos, conforme a lotação;✓ Auxiliar na organização de arquivos físicos e digitais, zelando pela guarda, sigilo e conservação das informações;✓ Apoiar a execução de atividades administrativas relacionadas a programas, projetos, ações e serviços desenvolvidos pela secretaria;✓ Executar outras atividades correlatas à função, conforme necessidade do serviço e determinação da chefia imediata.
Auxiliar de Limpeza	<ul style="list-style-type: none">✓ Executar serviços de limpeza, conservação e higienização das dependências internas e externas dos prédios públicos, incluindo salas, corredores, sanitários, pátios e áreas comuns;✓ Realizar a limpeza e desinfecção de pisos, paredes, móveis, equipamentos, utensílios e instalações em geral, utilizando materiais, produtos e equipamentos adequados;✓ Recolher, separar e descartar resíduos, observando as normas de higiene, segurança e preservação ambiental;✓ Abastecer e controlar materiais de limpeza, higiene e conservação, comunicando a

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

	<p>necessidade de reposição;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Zelar pela conservação dos bens públicos, equipamentos e materiais sob sua responsabilidade;✓ Cumprir normas de segurança, higiene do trabalho e uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs);✓ Apoiar na organização e manutenção dos ambientes de trabalho, contribuindo para condições adequadas de funcionamento dos serviços públicos; <p>Executar outras atividades correlatas à função, conforme necessidade do serviço e determinação da chefia imediata.</p>
Condutor Veículo CAT. B \ C	<ul style="list-style-type: none">✓ Conduzir veículos automotores pertencentes à frota municipal, compatíveis com a categoria da Carteira Nacional de Habilitação exigida, tais como automóveis, utilitários, vans, caminhonetes e veículos de pequeno e médio porte, a exemplo do transporte para Tratamento Fora do Domicílio - TFD;✓ Transportar servidores, autoridades, usuários, materiais, documentos e equipamentos, observando as normas de trânsito, segurança e legislação vigente;✓ Zelar pela conservação, limpeza e bom funcionamento do veículo sob sua responsabilidade, realizando verificações básicas de uso, como níveis de óleo, água, combustível, pneus, sistema elétrico e itens de segurança;✓ Comunicar à chefia imediata ou ao setor responsável a necessidade de manutenção preventiva ou corretiva, bem como quaisquer irregularidades identificadas;✓ Preencher controles de utilização, relatórios, diários de bordo e demais registros relacionados ao uso do veículo;✓ Cumprir itinerários, horários e rotinas estabelecidos pela Administração, observando normas internas e condições de segurança;✓ Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual (EPIs), quando exigidos;✓ Atuar com responsabilidade, discricção e zelo no desempenho das atividades;✓ Executar outras atividades correlatas à função, conforme necessidade do serviço e determinação da chefia imediata.

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

Condutor CAT. D/E	Veículo	<ul style="list-style-type: none">✓ Conduzir veículos automotores de grande porte pertencentes à frota municipal, tais como ônibus, caminhões, caminhões-baú, caminhões-pipa, caçambas, veículos de transporte coletivo ou de carga, conforme a categoria da Carteira Nacional de Habilitação exigida;✓ Transportar servidores, autoridades, usuários, materiais, equipamentos e cargas, observando as normas de trânsito, segurança e legislação vigente;✓ Zelar pela conservação, limpeza e bom funcionamento do veículo sob sua responsabilidade, realizando verificações básicas de uso, tais como níveis de óleo, água, combustível, pneus, sistema elétrico e demais itens de segurança;✓ Comunicar à chefia imediata ou setor responsável a necessidade de manutenção preventiva ou corretiva, bem como quaisquer irregularidades identificadas;✓ Preencher relatórios, controles de uso, diários de bordo e demais registros relacionados à utilização do veículo;✓ Cumprir itinerários, horários e rotinas estabelecidos pela Administração, observando as normas internas e as condições de segurança;✓ Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual (EPIs) quando exigidos;✓ Atuar com responsabilidade, discricção e zelo no desempenho das atividades;✓ Executar outras atividades correlatas à função, conforme necessidade do serviço
Cuidador - Casa de Acolhimento Salvador/BA	em	<ul style="list-style-type: none">✓ Prestar assistência direta aos usuários acolhidos na Casa de Acolhimento, auxiliando nas atividades da vida diária, tais como higiene pessoal, alimentação, locomoção, repouso e organização dos pertences pessoais, respeitando as orientações da equipe de saúde;✓ Acompanhar os pacientes durante a permanência na unidade e, quando necessário, em deslocamentos para consultas, exames e procedimentos relacionados ao Tratamento Fora do Domicílio;✓ Observar e comunicar à coordenação e à equipe responsável quaisquer alterações no estado físico, emocional ou comportamental dos usuários;✓ Colaborar com a organização e manutenção do

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

	<ul style="list-style-type: none">ambiente da casa de acolhimento, zelando pelas condições de higiene, segurança e conforto;✓ Apoiar o cumprimento das rotinas estabelecidas, horários de refeições, medicações (sem administração de medicamentos, salvo quando autorizado e conforme normativas vigentes), descanso e convivência;✓ Prestar apoio emocional e social aos pacientes e acompanhantes, promovendo acolhimento humanizado, respeito, dignidade e ética;✓ Auxiliar no controle de presença dos usuários, registro de informações pertinentes e preenchimento de formulários administrativos, quando solicitado;✓ Cumprir normas internas, protocolos de segurança, biossegurança e sigilo das informações;✓ Atuar de forma integrada com a equipe multiprofissional e executar outras atividades correlatas, conforme necessidade do serviço e determinação da coordenação.
Recepcionista	<ul style="list-style-type: none">✓ Recepcionar o público em geral, prestando atendimento presencial, telefônico e eletrônico, fornecendo informações, orientações e encaminhamentos aos setores competentes;✓ Realizar o controle de entrada e saída de pessoas, observando normas internas e de segurança;✓ Efetuar o registro, organização e atualização de dados cadastrais, quando necessário;✓ Atender e realizar ligações telefônicas, anotando e transmitindo recados de forma clara e objetiva;✓ Receber, protocolar, organizar e encaminhar documentos, correspondências e processos administrativos;✓ Manter a organização do ambiente de recepção, zelando pela boa apresentação do local;✓ Apoiar atividades administrativas básicas, como arquivamento, digitação, preenchimento de formulários e controle de agendas;✓ Utilizar sistemas informatizados e equipamentos de escritório; atuar com cordialidade, ética, sigilo profissional e postura adequada no relacionamento com o público interno e externo;✓ Executar outras atividades correlatas, conforme necessidade do serviço e determinação da chefia imediata.

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

Vigilante	<ul style="list-style-type: none">✓ Exercer atividades de vigilância e guarda dos prédios públicos, instalações, equipamentos, materiais e demais bens patrimoniais do Município;✓ Controlar o acesso de pessoas, veículos e materiais nas dependências das unidades, conforme normas e procedimentos estabelecidos;✓ Realizar rondas periódicas nas áreas internas e externas, observando movimentações suspeitas e prevenindo danos, furtos, invasões ou outras irregularidades;✓ Zelar pela ordem, segurança e integridade física das pessoas e do patrimônio público;✓ Comunicar imediatamente à chefia imediata ou aos órgãos competentes a ocorrência de fatos anormais, sinistros ou situações de risco;✓ Registrar ocorrências em livros, relatórios ou sistemas próprios, quando exigido;✓ Cumprir normas de segurança, procedimentos internos e orientações da Administração;✓ Atuar de forma preventiva, com responsabilidade, discricção e postura adequada;✓ Executar outras atividades correlatas à função, conforme necessidade do serviço e determinação da chefia imediata.
------------------	--

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

**ANEXO II – FORMULÁRIO PARA RECURSO
EDITAL DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 002/2025**

Ilma. Srª. Presidente da Comissão de Coordenação da Seleção - CCS

NOME: _____ Telefone: _____
Nº INSCRIÇÃO _____ CARGO: _____

TIPO DE RECURSO (Assinale o tipo de recurso):

- () CONTRA O INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO
() CONTRA PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA AOS TÍTULOS
() CONTRA A CLASSIFICAÇÃO FINAL

Razões do Recurso

Obs.: Reproduzir a quantidade necessária – Preencher em letra de forma ou por meio digital; entregar este formulário em 02 (duas) vias assinadas, uma via será devolvida como protocolo.

Data: ____/____/____

Assinatura do candidato

Assinatura do responsável pelo recebimento

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

ANEXO III – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 002/2025

Nome do Candidato:		
Código do Cargo:	Cargo:	
Candidato com deficiência	SIM	NÃO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUANTIDADES DE LAUDAS: _____

Assinatura do candidato

Assinatura do responsável pelo recebimento

VIA DO CANDIDATO

Nome do Candidato:		
Código do Cargo:	Cargo:	
Candidato com deficiência	SIM	NÃO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUANTIDADES DE LAUDAS: _____

Assinatura do candidato

Assinatura do responsável pelo recebimento

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

ANEXO IV
LAUDO MÉDICO PARA PNE
EDITAL DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 002/2025

MODELO

Atesto para os devidos fins de direito que o (a)

Sr. (a) _____ é portador(a) da deficiência
(espécie) _____ Código Internacional de Doença (CID 10) _____,
possuindo o seguinte grau/nível de deficiência _____

Atesto, ainda, que a deficiência do (a) candidato (a) acima evidenciada é COMPATÍVEL com as
atribuições da função de _____

Data da emissão deste Laudo: ____/____/____.

Nome do médico/Especialidade/CRM/Carimbo

Observações: O laudo deverá conter o nome do médico, a assinatura, e, ainda, o número do CRM desse
especialista na área de deficiência/doença do(a) candidato(a) e o carimbo; caso contrário, o laudo não terá
validade. Este, também, deverá ser legível, sob pena de não ser considerado válido.

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE DESINCOMPATIBILIZAÇÃO

_____, brasileiro(a), (profissão), portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado

_____, DECLARO, para os devidos fins, necessariamente para formalizar contratação temporária com o Município de Campo Formoso/BA, não possuir qualquer vínculo impeditivo para realização da presente contratação, estando totalmente desimpedido para exercício da função pública.

Campo Formoso/BA, ____ de _____ de 2025.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE PARA ATUAÇÃO EM ZONA RURAL

Eu, _____, brasileiro(a), (profissão), portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado

_____, DECLARO, para os devidos fins, que possuo total disponibilidade para atuar nas localidades da zona rural, conforme necessidade da Administração.

Declaro estar ciente das condições inerentes à atuação em zona rural, incluindo, mas não se limitando, a deslocamento, jornada de trabalho, acesso ao local e demais particularidades do serviço, comprometendo-me a cumprir integralmente as atribuições, horários e normas estabelecidas.

Afirmo, ainda, que a presente declaração é prestada de forma livre e consciente, assumindo inteira responsabilidade civil, administrativa e penal pela veracidade das informações aqui contidas.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza seus legais e jurídicos efeitos.

Campo Formoso/BA, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Declarante:

Nome completo: _____
CPF: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO FORMOSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campo Formoso, Bahia, CEP: 44.790-000
CNPJ Nº. 13.908.702/0001-10

ANEXO VII

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADE	DATA/PERÍODO	LOCAL
Publicação do Edital	31/12/2025	Diário Oficial https://doem.org.br/ba/campoformoso
Período de Inscrições	05/01/2026 à 09/01/2026	Sede da Secretaria Municipal de Saúde – Setor Administrativo, localizado na Rua Juca Marques, nº 170, 1º andar, Centro, Campo Formoso/BA, CEP: 44.790-000, do horário das 8h às 12h.
Divulgação da Lista de Inscritos	15/01/2026	Diário Oficial https://doem.org.br/ba/campoformoso
Resultado Preliminar da Avaliação de Títulos, Currículos e Experiência Profissional	21/01/2026	Diário Oficial https://doem.org.br/ba/campoformoso
Prazo recursal em face do Resultado Preliminar	22/01/2026 à 23/01/2026	O Recurso deverá ser apresentado de forma presencial na Sede da Secretaria Municipal de Saúde – Setor Administrativo, localizado na Rua Juca Marques, nº 170, 1º andar, Centro, Campo Formoso/BA, CEP: 44.790-000, do horário das 8h às 12h.
Resultados dos Recursos	29/01/2026	Diário Oficial https://doem.org.br/ba/campoformoso
Divulgação do Resultado Definitivo	30/01/2026	Diário Oficial https://doem.org.br/ba/campoformoso

Rua: Juca Marques, 170 – Centro – Campo Formoso/BA - CEP: 44.790-000
CNPJ: 11.629.975/0001-08 Fone: (74) 3645-3107
www.campoformoso.ba.gov.br / E-mail: saude.campoformoso@gmail.com