

**Unidade de Saúde Maria da Conceição Rezende**

**Rua Alvorada, nº. 441 – Centro.**

**Fortuna de Minas – CEP: 35760-000**

Telefax: (31) 3716 -7183 ou 3716-7154

http: [www.saude@fortunademinas.mg.gov.br](mailto:www.saude@fortunademinas.mg.gov.br)

**EDITAL N º 10/2017**

***Normatiza Processo Seletivo Simplificado para Contratação de profissional Cirurgião-dentista, por Tempo Determinado, para atuar na Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família no município de Fortuna de Minas.***

Tendo em vista o atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público, torna-se pública a abertura de Processo Seletivo Simplificado para fins de contrato administrativo, por tempo determinado, conforme o disposto no Art. 37, IX, da Constituição Federal do Brasil, Lei 1000 de 05 de maio de 2014, que disciplina a contratação de servidores por tempo determinado no âmbito do Município, e demais legislações pertinentes.

O Processo Seletivo Simplificado será regido pelas normas constantes neste Edital e seus anexos.

**1 DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES:**

**1.1** O processo seletivo simplificado visa selecionar profissional da Saúde para atuar na Unidade de Saúde Maria da Conceição Rezende como Cirurgião Dentista da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família.

**1.2** O processo de seleção envolverá as seguintes etapas:

- a) Inscrição (Anexo I);
- b) Avaliação Curricular;

**1.3** A seleção para as contratações de que trata este Edital será realizada mediante avaliação de currículo de caráter eliminatório.

**FUNÇÃO PÚBLICA** – Cirurgião Dentista para a Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

**VAGA – 01**

**LOCAL DE TRABALHO** – Unidade de Saúde Maria da Conceição Rezende de Fortuna de Minas.

**CARGA HORÁRIA SEMANAL:** 40 horas.

**REMUNERAÇÃO MENSAL:** R\$ 3.000,00 (Três mil reais)

**PRAZO PARA CONTRATO:** 12 meses, podendo ser renovado por igual período.

## **2 DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS DO CONTRATADO**

**2.1** As competências e atribuições a serem desempenhadas pelos profissionais da Equipe de Saúde Bucal são:

- a) Acatar as normas de biossegurança estabelecidas pelo Protocolo de Biossegurança do Consultório Odontológico da UBS Maria da Conceição Resende, trazendo seu jaleco em todos os dias de trabalho. Os demais Equipamentos de Proteção Individual serão fornecidos pelo Consultório da UBS.
- b) Participar dos processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde bucal desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde.
- c) Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias, e indivíduos expostos a riscos e atualizar essas informações continuamente.
- d) Participar da priorização de situações a serem acompanhadas no planejamento local.
- e) Realizar o cuidado em saúde da população adscrita utilizando todos os espaços possíveis de serem trabalhados.
- f) Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos de gestão local.
- g) Buscar a integralidade da atenção.
- h) Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, de outros agravos e situações de importância local.
- i) Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo.
- j) Co-responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros níveis do sistema de saúde.
- k) Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da atenção básica.
- l) Interagir com o usuário e seus familiares, identificando suas necessidades, expectativas e barreiras em relação à saúde bucal.

- m) Estar sempre alerta aos sinais de risco em saúde bucal de forma a fazer o encaminhamento necessário.
- n) Estimular e executar medidas de promoção à saúde (ações educativas e intersetoriais, desenvolvendo também habilidades de relacionamento e negociação).
- o) Realizar trabalho com lideranças locais, identificando parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.
- p) Acompanhar e apoiar o desenvolvimento e participação dos trabalhos da equipe de saúde no tocante à saúde bucal.
- q) Atuar no desenvolvimento de atividades de educação permanente voltadas para a equipe e trabalhadores da unidade de saúde.
- r) Executar ações básicas de vigilância à saúde em sua área de abrangência.
- s) Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes da atenção primária e do plano municipal de saúde bucal.
- t) Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde e da qualidade de vida.
- u) Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
- v) Advogar em defesa das causas da saúde pública em geral e de saúde bucal em particular.
- w) Estimular o controle social e a participação da comunidade nas ações de saúde bucal.
- x) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

## **2.2 Competências específicas do cirurgião-dentista (CD) da ESB/ESF:**

- Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal.
- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico de saúde bucal da comunidade para planejamento.
- Definir prioridades junto com a equipe e a comunidade.
- Realizar atendimentos de urgência/emergência odontológicas.
- Executar as ações de atenção integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais, com resolubilidade.
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal.
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos necessários para as ações de saúde bucal.
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e pelo ACD.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente do THD, ACD e ESF.

- Fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados para registro no sistema de informação (SIAB e SIA) e acompanhar o seu lançamento.
- Participar de pactos para qualificação e resolubilidade do serviço, incluindo o Pacto da Atenção Básica.
- Fortalecer o controle social com o fornecimento de informações sobre saúde bucal e tomada de decisões conjunta com a comunidade.
- Fornecer informações sobre saúde bucal para pessoas em posição estratégica de decisão em favor de políticas públicas que possam interferir sobre os determinantes de saúde bucal.
- Encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.

### **3. DOS PRÉ - REQUISITOS PARA O CARGO:**

**3.1** Cirurgião Dentista com graduação, comprovada por certificado, concluída em Instituição reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Conselho Federal de Odontologia (CFO);

**3.2** Disponibilidade para a carga horária exigida;

**3.3** Disponibilidade imediata para assumir o cargo.

**3.4** Estar devidamente inscrito no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais.

**Parágrafo primeiro** - – No caso de não atender um ou mais pré-requisitos, o candidato será eliminado automaticamente do processo de seleção.

### **4 – DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:**

**4.1** Ser brasileiro(a) nato(a) ou naturalizado(a), ou gozar das prerrogativas do artigo 12 da Constituição Federal;

**4.2** Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares;

**4.3** Ter idade mínima de dezoito anos completos na data de contratação;

**4.4** Apresentar os documentos que se fizerem necessários por ocasião da inscrição;

**4.5** No ato da entrega dos documentos serão verificados os comprovantes das condições de participação, de forma que o(a) candidato(a) que não as satisfizer será eliminado do processo seletivo simplificado;

**4.6** Na entrega dos documentos, os (as) candidatos (as) receberão a comprovação de sua inscrição.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Serão inscritos os candidatos que cumprirem as exigências deste edital.

## **5 – DA INSCRIÇÃO:**

**5.1** As inscrições serão realizadas na Unidade de Saúde Maria da Conceição Rezende – Rua Alvorada, 441, Centro – Fortuna de Minas/MG, no período do dia 22/03/2017 à 31/03/2017 de 13:00h às 16:00h.

**5.2** A inscrição deverá ser efetuada por meio de entrega da ficha de inscrição (preenchida corretamente), juntamente com a documentação completa e currículo, conforme modelos constantes no Anexo I deste Edital.

**5.3** As informações do currículo deverão ser devidamente comprovadas;

**5.4** Não será cobrado qualquer valor a título de inscrição;

**5.5** Não serão aceitas inscrições via *fax*, via postal e/ou via *e-mail*;

**5.6** As inscrições por procuração só serão aceitas se este instrumento tiver registro em cartório e se o procurador estiver devidamente identificado e documentado no ato da inscrição.

**5.7** As informações prestadas serão de inteira responsabilidade do(a) candidato(a), dispondo a Comissão de Avaliação do direito de exclusão dos currículos que não estiverem de acordo com o modelo especificado no Anexo II e/ou estiverem preenchidos de forma incompleta, incorreta, ilegível e/ou que fornecerem dados comprovadamente inverídicos;

**5.8** A inscrição do (a) candidato (a) implicará no conhecimento e na tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital;

**5.9** O(a) candidato(a) deverá anexar ao currículo a cópia dos títulos e apresentar, no ato da inscrição, originais para autenticação.

**5.10** Não serão aceitos títulos encaminhados via postal, via *fax* ou via correio eletrônico.

**5.11** Não serão recebidos os documentos originais, sendo obrigatória sua apresentação para simples conferência e autenticação das cópias reprográficas;

**5.12** Os pontos serão apurados conforme o descrito no quadro abaixo:

## **6. DO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO / TITULAÇÃO:**

Item	Título	Pontuação	
		Unitária/	Máxima

01	Certificado ou declaração de conclusão de curso de Especialização na área de Saúde Pública e/ou Saúde da Família, em Instituição reconhecida pelo MEC e CFO.	01	02
02	Certificado ou declaração de conclusão de curso de Mestrado na área de atuação da função a que concorre	03	03
03	Certificado ou declaração de conclusão de curso de Doutorado na área de atuação da função que concorre.	05	05
04	Comprovante de participação em eventos de capacitação/ seminários, congressos, conferências, na área de atuação da função a que concorre, com carga horária de 04(quatro) a 08(oito) horas, realizado nos últimos 03 (três) anos.	01	06
05	Comprovante de experiência profissional em atividades na área de atuação a que concorre: 01 ponto para cada 360 dias de trabalho, comprovadamente.	01	04

## **7. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À COMPROVAÇÃO DE TÍTULOS:**

**7.1** Para receber a pontuação relativa à experiência profissional o candidato deverá apresentar uma das seguintes opções:

- a)** Cópia da contagem de tempo ou declaração do empregador que informe o período (com início e fim, se for o caso) e a espécie do serviço realizado, com a descrição das atividades desenvolvidas.
- b)** Carteira de Trabalho com registro de admissão contratual e rescisão ou ato de nomeação.
- c)** Não será computado como experiência profissional, o tempo de estágio curricular, de monitoria ou de bolsa de estudo.
- d)** Cada título será considerado uma única vez.
- e)** A análise curricular será efetuada pela Comissão do Processo Seletivo, no prazo máximo de 03 (três) dias após o encerramento das inscrições.
- f)** O resultado da análise curricular será publicado ao final do Processo Seletivo Simplificado, no quadro de avisos da Prefeitura Municipal e no site da Prefeitura, no prazo máximo de 03 (três) dias após o término dos trabalhos da Comissão responsável.

## **8. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE:**

**8.1** Se mais de um candidato obtiver a mesma nota final no processo seletivo simplificado, que será a nota obtida na soma da pontuação dos títulos, experiência de atuação e entrevista, considerar-se-á, para efeito de desempate os critérios abaixo relacionados nesta ordem:

- a) O candidato com maior tempo de experiência profissional na área que concorre;
- b) Persistindo o empate, terá preferência o candidato mais idoso.

## **9. DA CONVOCAÇÃO E CONTRATAÇÃO**

**9.1** A convocação para o contrato administrativo obedecerá à ordem de classificação dos candidatos, e a necessidade da Administração Pública Municipal.

**9.2** A convocação para o contrato administrativo dar-se-á por meio de convocação por correspondência oficial e publicação no Quadro de Avisos da Prefeitura Municipal e no Site do Município de Fortuna de Minas.

**9.3** O candidato que no prazo de 01 (um) dia útil não atender à convocação de que trata o item anterior, será considerado desistente.

**9.4** São condições para a contratação:

- a) Ter sido aprovado no processo seletivo simplificado;
- b) Apresentar documentação completa, conforme relação expedida pelo Departamento de Pessoal;
- c) Apresentar aptidão, sem qualquer restrição, no exame médico admissional;
- d) Apresentar declaração de compatibilidade de cumprimento de carga horária, sem prejuízos pessoais ou para a unidade contratante, nos casos de acumulação de cargos permitidos em lei.

## **10. DOS RECURSOS**

**10.1** Recursos a fatos extraordinários deverão ser dirigidos à Comissão do Processo Seletivo e, entregue sob protocolo pelo(a) próprio(a) candidato(a), constando o número da inscrição, endereço para correspondência e telefone (Anexo III).

**10.2** O prazo para interposição de recurso, referente ao presente edital e ao resultado do processo, será de até 02 (dois) dias úteis, respectivamente, após o encerramento das inscrições e da publicação do resultado.

**11.3** Admitido o recurso, caberá à Comissão do Processo Seletivo manifestar-se pela reforma ou manutenção do ato ocorrido, no prazo máximo de até 03 (três) dias úteis, cuja decisão será comunicada ao candidato (anexo IV).

## **11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**11.1** A inscrição do candidato(a) implicará na aceitação das normas para o Processo Seletivo Simplificado contido neste Edital.

**11.2** É de inteira responsabilidade do(a) candidato(a) acompanhar no Quadro de Avisos da Prefeitura Municipal e o site do Município, o resultado do processo seletivo simplificado.

**11.3** O(a) candidato(a) poderá obter informações referentes ao Processo Seletivo Simplificado na Unidade de Saúde Maria da Conceição Resende, Rua Alvorada, nº441, Centro, Fortuna de Minas, de segunda a sexta de 08:00 as 17:00 hs .

**11.4** É reservado ao Município o direito de proceder à contratação em número que atenda ao seu interesse e às suas necessidades.

**11.5** Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Comissão de Processo Seletivo Simplificado e encaminhados à Procuradoria do Município.

**11.6** Quaisquer alterações nas regras fixadas neste Edital somente poderão ser feitas por meio de outro Edital

**11.7** O processo de seleção será realizado pela Comissão do Processo Seletivo da Prefeitura Municipal, designada para este fim.

Fortuna de Minas, 20 de Março de 2017.

Luiz Carlos de Melo Guimarães  
Presidente

Luzia da Silva Neto  
Membro da Comissão

Diana Gaudereto Carvalho de Freitas  
Membro da Comissão

## ANEXO I

### Unidade de Saúde Maria da Conceição Rezende

Rua Alvorada, 441 – Centro – 35.760-000 Fortuna de Minas – MG - CNPJ:  
14.298.515/0001-24 – Tel.: (31)3716-7183 ou 7154 – e-mail:  
[saude@fortunademinas.mg.gov.br](mailto:saude@fortunademinas.mg.gov.br)

## FICHA DE INSCRIÇÃO

(trazer duas vias: uma para o candidato e outra para a comissão)

### PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO DE CIRURGIÃO DENTISTA PARA EQUIPE DE ESB/ESF DO MUNICÍPIO DE FORTUNA DE MINAS

#### I) DADOS DO(A) CANDIDATO(A):

Nome: \_\_\_\_\_  
CI: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data da expedição: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
C.P.F.: \_\_\_\_\_ CROMG: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

#### II) DOCUMENTOS ENTREGUES: (Campos reservados à Comissão do PSS)

**As cópias deverão ser autenticadas pelo servidor responsável pela inscrição através da comparação com os originais:**

- ( ) Diploma ou declaração de conclusão de curso de graduação em Odontologia.  
( ) Comprovante de inscrição junto ao Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais.  
( ) Carteira de Identidade ( ) CPF ( ) PIS/PASEP ( ) Certificado de Reservista  
( ) Título de Eleitor ( ) Comprovante de votação na última eleição

#### III) CERTIFICADOS ENTREGUES: (Campos reservados à Comissão do PSS)

**As cópias deverão ser autenticadas pelo servidor responsável pela inscrição através da comparação com os originais:**

- ( ) Diploma ou declaração de conclusão de curso de Mestrado em Odontologia.
- ( ) Diploma ou declaração de conclusão de curso de Doutorado em Odontologia.
- ( ) Certificado de Participação em eventos de capacitação profissional, Reciclagem, Congressos, Seminários, Conferências na área da função a que concorre ou área integrante da Política Pública de Saúde, com carga horária **de 4 a 8 horas (cada evento)**, realizados nos últimos 03 anos.

Nº de documentos com carga horária de 4 a 8 horas cada: \_\_\_\_\_ ( ).

**DECLARO ESTAR CIENTE DAS CONDIÇÕES DO PRESENTE PROCESSO DE SELEÇÃO SIMPLIFICADA CONFORME EDITAL Nº 01/2017.**

**DECLARO TAMBÉM, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS.**

DATA DA INSCRIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Espaço reservado para a Comissão do PSS)

NÚMERO DA INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ (Espaço reservado para a Comissão do PSS)

Assinatura do (a) candidato (a): \_\_\_\_\_

Recebido por
Nome: _____
_____
Data: ____/____/____
Assinatura: _____

(duas vias)

**ANEXO II**  
**MODELO DE CURRÍCULO**

**I - DADOS PESSOAIS:**

01 – NOME \_\_\_\_\_  
02 – ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
03 – TELEFONE: \_\_\_\_\_ 04 – FAX: \_\_\_\_\_ 05 – E-MAIL : \_\_\_\_\_  
06 – DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ 07 – ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
08 – SEXO: M ( )      F ( )  
09 – NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ 10 – UF: \_\_\_\_\_  
11 – PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ INSCRIÇÃO NO CONSELHO: \_\_\_\_\_  
12 – NOME DO PAI: \_\_\_\_\_  
13 – NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_  
14 – IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_  
    DATA DA EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_  
16 – CPF: \_\_\_\_\_  
15 – TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ SEÇÃO: \_\_\_\_\_

**II – FORMAÇÃO ESCOLAR OU ACADÊMICA:**

TÍTULO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA (Curso superior em nível de graduação, reconhecido pelo MEC):

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

**III – TÍTULOS DE PÓS-GRADUAÇÃO (especificar a Instituição Promotora, ano de início e de conclusão).**

DOUTORADO: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO / ANO: \_\_\_\_\_

MESTRADO: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO / ANO: \_\_\_\_\_

CURSOS DE APRIMORAMENTO, EXTENSÃO, APERFEIÇOAMENTO, CONFERÊNCIAS,  
CONGRESSOS, ETC: \_\_\_\_\_

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

**IV – CAPACIDADE TÉCNICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:**

Especificar local, duração e resumo das atividades desenvolvidas que guardem estreita relação com a especialidade e a área de atuação para a qual concorre.

INSTITUIÇÃO ONDE TRABALHOU: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CARGOS OCUPADOS, FUNÇÕES EXERCIDAS (informar respectivos períodos):

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

EXPERIÊNCIA ADQUIRIDA (principais atividades, realizações relevantes e respectivos períodos):

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

INSTITUIÇÃO ONDE TRABALHOU: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CARGOS OCUPADOS, FUNÇÕES EXERCIDAS (informar respectivos períodos):

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

EXPERIÊNCIA ADQUIRIDA: (principais atividades desenvolvidas, realizações relevantes e respectivos períodos):

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

**ANEXAR OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS ELEMENTOS DECLARADOS.  
DECLARO QUE ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES APRESENTADAS  
NESTE DOCUMENTO.**

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**



