



ERRATA N° 001, DE 29 DE AGOSTO DE 2018
EDITAL N.º 014/2018
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO DE DESIGNAÇÃO TEMPORÁRIA

A Comissão Especial do Processo Seletivo Simplificado de Designação Temporária, representada por seu Presidente, designada pela Portaria N° 6.315/2018, torna público e estabelece a retificação nos itens e os anexos descritos abaixo, referente ao Edital N° 014/2018, de 24 de agosto de 2018, mantendo inalterados as demais cláusulas:

4.5.2.2 Para os certificados de curso de pós-graduação **Lato Sensu**, serão considerados 01 (um) para cada item.

4.5.2.3 VETADO
.....

6.1 CARGO: ENFERMEIRO DO PROGRAMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF
.....

6.1.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |
| g) Curso Protocolo Coringa | 0,5 ponto |

6.2 CARGO: FARMACÊUTICO
.....

6.2.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

6.3 CARGO: FISIOTERAPEUTA

6.3.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |

6.4 CARGO: FONOAUDIÓLOGO

6.4.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |

6.5 CARGO: MÉDICO DO PROGRAMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

6.5.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

6.6 CARGO: MÉDICO CARDIOLOGISTA
.....

6.6.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |

6.7 CARGO: MÉDICO CLÍNICO GERAL
.....

6.7.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |

6.8 CARGO: MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA
.....

6.8.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

6.9 CARGO: MÉDICO OBSTETRA - GINECOLOGISTA

6.9.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |

6.10 CARGO: MÉDICO ORTOPEDISTA

6.10.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |

6.11 CARGO: MÉDICO PEDIATRA

6.11.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

6.12 CARGO: MÉDICO PSIQUIATRA
.....

6.12.2 Como atribuição de pontuação no tempo de serviço e formação acadêmica e cursos será considerado:

| TEMPO DE SERVIÇO | PESO/MÊS |
|---|-----------------|
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses. | 0,5 ponto |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS | |
| VALOR ATRIBUÍDO | |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | 10 pontos |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | 8 pontos |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | 6 pontos |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | 3 pontos |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | 2 pontos |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | 1 ponto |

Boa Esperança/ES, 29 de agosto de 2018.

WANDERSON MORAL
PRESIDENTE DA COMISSÃO ESPECIAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLICADO
PORTARIA Nº 6.315/2018



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO II
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: ENFERMEIRO DO PROGRAMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|--|-----------------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Enfermagem | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|-------------------|-----------------|---|-------------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |
| g) Curso Protocolo Coringa | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO III
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: FARMACÊUTICO

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|--|----------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Farmácia | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO IV
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: **FISIOTERAPEUTA**

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|---|----------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior em Fisioterapia. | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO V
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: FONOAUDIÓLOGO

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|--|----------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior em Fonoaudiologia | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO VI
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO DO PROGRAMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|--|-----------------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|-------------------|-----------------|---|-------------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato

Campo a ser preenchido pela Comissão



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO VII
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO CARDIOLOGISTA

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|---|----------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina, especialização em Cardiologia | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO VIII
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO CLÍNICO-GERAL

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|--|-----------------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|-------------------|-----------------|---|-------------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO IX
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO CLÍNICO GERAL

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|--|----------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO X
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|--|-----------------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina, especialização em Endocrinologia | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|-------------------|-----------------|---|-------------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO XI
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO OBSTETRA - GINECOLOGISTA

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|---|-----------------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina, especialização em Obstetricia-ginecologia | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|-------------------|-----------------|---|-------------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO XII
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO ORTOPEDISTA

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|---|----------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina, especialização em Ortopedia | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO XIII
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO PEDIATRA

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|---|-----------------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina, especialização em Pediatria | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|-------------------|-----------------|---|-------------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

ANEXO XIV
EDITAL 014/2018
Comprovante de Entrega de Documentos
Deverá ser colado no lado de fora do envelope lacrado

Cargo: MÉDICO PSIQUIATRA

Candidato (a): _____

Endereço: _____

CPF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____

| DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
|---|----------|--|
| CPF | | |
| Documento de identidade de reconhecimento nacional que contenha fotografia | | |
| PRÉ-REQUISITO PARA O CARGO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Entregue | Válido Preenchimento da Comissão |
| Comprovante de escolaridade exigida para provimento do cargo pretendido, adquirida em instituição de ensino oficial legalmente reconhecida pelo MEC Curso Superior de Medicina, especialização em Psiquiatria | | |
| Registro no conselho de classe | | |

| TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
|--|------------|----------|--------------------------------------|------------|
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| No âmbito da área pleiteada, o exercício profissional prestado a administração pública Municipal, Estadual e Federal ou na iniciativa privada até o limite de 36 (trinta e seis) meses | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA E CURSOS ORIGINAIS OU CÓPIAS AUTENTICADAS | Quantidade | | Análise Preenchimento da Comissão | |
| | Inscrição | Entregue | Deferido | Indeferido |
| a) Pós-graduação stricto sensu (Mestrado e/ou Doutorado). | | | | |
| b) Pós-graduação lato sensu específica na área pleiteada. | | | | |
| c) Pós-graduação lato sensu em outra área referente ao curso superior. | | | | |
| d) Curso avulso na área de 60 horas ou mais. | | | | |
| e) Oficina de Planificação da Atenção à Saúde com carga horária igual ou superior a 48 horas. | | | | |
| f) Curso avulso na área de 16 horas a 59 horas. | | | | |

Quantidade de folhas entregues: ____

Boa Esperança – ES, 10 de setembro de 2018.

Ass. Membro da Comissão

Ass. Candidato