



## EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 005

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL 002/2025

O Secretário Municipal de Saúde no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o que determina o Artigo 37, IX da Constituição Federal, Lei Municipal nº 429, de 06 de março de 2025 e, por ordem do Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de Bom Jardim de Goiás, Estado de Goiás, **TORNA PÚBLICO**, a convocação dos classificados do Processo Seletivo Simplificado, que visa a contratação de pessoal por tempo determinado, para atender necessidades temporárias, de excepcional interesse público, objeto do Edital nº. 002/2025.

I. Fica convocado o candidato abaixo relacionado, classificados do Processo Seletivo como Cadastro Reserva, a comparecer no Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Bom Jardim de Goiás, no horário das 08:00h às 11:00h e das 13:00 às 17:00h, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da data da publicação conforme estabelece o item 11.5 do Edital, para apresentar a documentação necessária (Anexo I) para contratação de acordo com ordem classificatória.

| <b>CARGO: AGENTE DE COMBATE DE ENDEMIAS</b> |                         |                          |
|---|-------------------------|--------------------------|
| <b>N.º Insc.</b>                            | <b>Candidato</b>        | <b>Classificação</b>     |
| 112   | EDIRLANE LEMES CARNEIRO | <b>7º C.<br/>RESERVA</b> |

- II. O não comparecimento do(a) convocado(a) no prazo especificado no item I deste Edital, caracterizará desistência automática do(a) candidato(a) à vaga, reservando-se a Administração o direito de convocar outro(a) candidato(a).
- III. O presente Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

Gabinete da Secretária Municipal de Educação e Cultura, Bom Jardim, Estado de Goiás, aos 06 dias do mês de outubro de 2025.

---

**JORGE DE LIMA ALVES**  
Secretário Municipal de Saúde



|              | <b>Item</b>  |
|--------------|--|
| <b>I.</b>    | CPF e RG, CNH ou Carteira de Identificação Funcional;  |
| <b>II.</b>   | Comprovante de Endereço atualizado;  |
| <b>III.</b>  | Título de Eleitor;   |
| <b>IV.</b>   | Certidão de Quitação Eleitoral   |
| <b>V.</b>    | Certificado de Reservista ou prova de alistamento no serviço militar (somente para candidatos do sexo masculino de 17 a 45 anos);  |
| <b>VI.</b>   | Certidão de Nascimento ou Casamento  |
| <b>VII.</b>  | Diploma, certificado ou documento de comprovação da conclusão do curso correspondente a escolaridade exigida para o cargo;   |
| <b>VIII.</b> | Comprovante de inscrição junto à Ordem/Conselho de classe respectivo - (Para a Função Pública de Enfermeiro e Técnico de Enfermagem)   |
| <b>IX.</b>   | Formulário de Admissão   |
| <b>X.</b>    | Declaração de não receber proventos de aposentadoria ou remuneração de cargos, emprego ou função pública, ressalvados os casos de acumulação lícita previstos na Constituição Federal de 1988;                                       |
| <b>XI.</b>   | Declaração de dependentes para fins de IRRF  |
| <b>XII.</b>  | Certidão Negativa de Débitos Municipais, do Município de Bom Jardim  |
| <b>XIII.</b> | Carteira Nacional de Habilitação categoria mínima "D" – (Para a Função Pública de Motorista Categoria D)<br>Carteira Nacional de Habilitação categoria mínima "B" – (Para a Função Pública de Motorista categoria B Veículos leves.) |
| <b>XIV.</b>  | Laudo de Saúde Ocupacional com efeito conclusivo sobre as condições físicas e mentais necessárias ao exercício das atribuições do cargo público correspondente.  |
| <b>XV.</b>   | Dados Bancários Bradesco (conta Corrente ou Conta salário)   |
| <b>XVI.</b>  | PIS/PASEP  |



## FORMULÁRIO PARA ADMISSÃO DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

| DADOS PESSOAIS   |  |   |
|--|--|---|
| NOME DO SERVIDOR   |  |   |
| DATA DE NASCIMENTO   | NACIONALIDADE  | NATURALIDADE  |
| NOME DA MAE  |  | NOME DO PAI   |
| ESTADO CIVIL   | SEXO   | RAÇA E COR  |
| <input type="checkbox"/> Solteiro<br><input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Divorciado  | <input type="checkbox"/> Viúvo<br><input type="checkbox"/> União<br>Estável<br><input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino   |
| <input type="checkbox"/> Indígena<br><input type="checkbox"/> Branca<br><input type="checkbox"/> Negra   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Amarela de origem japonesa, coreana, etc.<br><input type="checkbox"/> Parda<br><input type="checkbox"/> Não informado   |  |   |
| GRAU DE INSTRUÇÃO  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Analfabeto<br><input type="checkbox"/> Até a 4º série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter frequentado a escola regular<br><input type="checkbox"/> 4º série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)<br><input type="checkbox"/> Da 5º a 8º série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio)<br><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)<br><input type="checkbox"/> Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial) |  | <input type="checkbox"/> Educação Superior incompleta<br><input type="checkbox"/> Educação Superior completa<br><input type="checkbox"/> Pós Graduação<br><input type="checkbox"/> Mestrado<br><input type="checkbox"/> Doutorado |
| DOCUMENTAÇÃO   |  |   |
| CPF  | RESERVISTA   |   |
| RG   | ORGAO EMISSOR  | DATA EMISSAO  |
| TITULO ELEITOR   | ZONA   | SEÇÃO   |
| CNH Nº   | CATEGORIA  | PIS/PASEP   |
| ENDEREÇO / INFORMAÇÕES DE CONTATO  |  |   |
| ENDEREÇO   |  | CEP   |
| COMPLEMENTO  | BAIRRO   | CIDADE/UF   |
| TELEFONE   | ENDEREÇO ELETRONICO (E-MAIL)   |   |



**DECLARO** que as informações constantes desse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época

**DECLARO** que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Recursos Humanos

Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas firmo a presente.

**Local:**

\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

\_\_\_\_\_  
**Servidor Responsável pela análise dos dados**



**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS,  
FUNÇÕES PÚBLICAS, PROVENTOS OU PENSÃO**

| DADOS PESSOAIS   |              |           |               |
|--|--------------|-----------|---------------|
| NOME DO DECLARANTE   |              |           |               |
|  |              |           |               |
| CPF  | ESTADO CIVIL | MATRICULA |               |
|  |              |           |               |
| ENDEREÇO   |              |           | CEP           |
|  |              |           |               |
| BAIRRO   | CIDADE       | TELEFONE  |               |
|  |              |           |               |
| ACUMULAÇÃO DE CARGO OU EMPREGO   |              |           |               |
| <input type="checkbox"/> Declaro que NÃO ACUMULO outro cargo, função ou emprego públicos na administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal ou Municípios. |              |           |               |
| <input type="checkbox"/> Declaro que ACUMULO outro cargo, função ou emprego públicos. (especificar)  |              |           |               |
| ESFERA:  |              |           |               |
| <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Distrital <input type="checkbox"/> Municipal   |              |           |               |
| ORGAO / ENTIDADE:  |              |           | CNPJ          |
|  |              |           |               |
| CARGO / EMPREGO / FUNÇÃO:  |              |           |               |
|  |              |           |               |
| CARGA HORARIA SEMANAL:   |              |           | Nº MATRICULA: |
|  |              |           |               |
| ACUMULAÇÃO DE PROVENTOS OU PENSÃO  |              |           |               |
| <input type="checkbox"/> Declaro que NÃO ACUMULO proventos de aposentadoria ou pensão, nem sou militar reformado ou da reserva remunerada..  |              |           |               |
| <input type="checkbox"/> Declaro que ACUMULO proventos de aposentadoria ou pensão ou que sou militar reformado ou da reserva remunerada. (especificar)                                 |              |           |               |
| ESFERA:  |              |           |               |
| <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Distrital <input type="checkbox"/> Municipal   |              |           |               |
| ORGAO / ENTIDADE:  |              |           | CNPJ          |
|  |              |           |               |
| CARGO / EMPREGO / FUNÇÃO:  |              |           |               |
|  |              |           |               |
| DATA DA CONCESSAO OU DESLIGAMENTO DA ATIVA:  |              |           | Nº MATRICULA: |
|  |              |           |               |



Declaro, com base no que dispõe os incisos XVI e XVII do Art. 37 da Constituição Federal e para os fins previstos no paragrafo 2º do Art. 19 da Lei Complementar 010/2010, que:

ESTOU CIENTE de que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, CONSTITUI CRIME, tipificado no Art. 299 (Falsidade ideológica), do Código Penal Brasileiro, ficando sujeito à pena de reclusão de um a cinco anos e multa, além de DEMISSÃO do cargo, no âmbito administrativo, após apuração em processo administrativo disciplinar, na forma do Título V da Lei Complementar 010/2010.

Caso venha a assumir outros vínculos, assumo o compromisso de comunicar o setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Bom Jardim.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

| DADOS PESSOAIS     |              |           |     |
|--------------------|--------------|-----------|-----|
| NOME DO DECLARANTE |              |           |     |
|                    |              |           |     |
| CPF                | ESTADO CIVIL | MATRICULA |     |
|                    |              |           |     |
| ENDEREÇO           |              |           | CEP |
|                    |              |           |     |
| BAIRRO             | CIDADE       | TELEFONE  |     |
|                    |              |           |     |

| TIPO DE DECLARAÇÃO (deve ser marcada uma única opção) |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inclusão de dependente       | <input type="checkbox"/> Exclusão de dependente | <input type="checkbox"/> Não possuo dependente |

| DADOS DEPENDENTE |               |                    |     |
|------------------|---------------|--------------------|-----|
| CÓDIGO (*)       | NOME COMPLETO | DATA DE NASCIMENTO | CPF |
|                  |               |                    |     |
|                  |               |                    |     |
|                  |               |                    |     |
|                  |               |                    |     |
|                  |               |                    |     |
|                  |               |                    |     |

Para fins do Imposto de Renda, declaro que é ou são meu(s) dependente(s) a(s) pessoa(s) acima relacionada(s).

Declaro, ainda, que este(s) dependente(s) vive(m) sob minha dependência econômica, visto não perceber(em) rendimentos tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal de R\$ 1.710,78 (um mil, setecentos e dez reais e setenta e oito centavos), conforme art. 35, inciso VI da Lei nº 9.250/95, c/c art. 1º da Lei nº 11.119/2005.

Declaro, por fim, que não possuo cônjuge ou companheiro(a) que já deduz referidos dependentes em seu Imposto de Renda. Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da lei.

Local:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



| TABELA DE CÓDIGOS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA |   |
|--|---|
| CÓDIGO                                   | DESCRIÇÃO   |
| 1  | Cônjuge.  |
| 2  | Companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de 5 (cinco) anos, ou por período menor se da união resultou filho. Considera-se também dependente o companheiro ou companheira de união homoafetiva.                   |
| 3  | Filho(a) ou enteado(a) até completar 21(vinte e um) anos  |
| 4  | Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.  |
| 5  | Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e mentalmente para o trabalho.   |
| 6  | Irmão(ã), neto(a), bisneto(a), sem arrimo dos pais, do(a) qual o(a) servidor(a) detém a guarda judicial, até completar 21(vinte e um) anos.   |
| 7  | Irmão(ã), neto(a), bisneto(a), sem arrimo dos pais, do(a) qual o(a) servidor(a) detém a guarda judicial, até completar 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º grau. |
| 8  | Irmão(ã), neto(a), bisneto(a), sem arrimo dos pais, do(a) qual o(a) servidor(a) detém a guarda judicial em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho.   |
| 9  | Pais, avós e bisavós desde que não auferam rendimentos tributáveis, ou não superiores ao limite de isenção mensal.  |
| 10                                       | Menor pobre, até completar 21(vinte e um) anos, que o(a) servidor(a) crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial.   |
| 11                                       | Pessoa absolutamente incapaz, da qual o(a) servidor(a) seja tutor(a) ou curador(a).   |

| DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA CONFORME GRAU DE DEPENDÊNCIA |   |
|--|---|
| CÓDIGO   | DOCUMENTO   |
| 1  | Cópia da certidão de casamento.   |
| 2  | Cópia do contrato de união estável.   |
| 3  | Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a),   |
| 4  | Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a) e cópia do comprovante de matrícula do ano corrente.   |
| 5  | Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou enteado(a) e laudo médico indicando a incapacidade.   |
| 6  | Cópia de documento que comprove o parentesco e cópia do termo de guarda judicial.   |
| 7  | Cópia de documento que comprove o parentesco, cópia do termo de guarda judicial e cópia do comprovante de matrícula do ano corrente.                        |
| 8  | Cópia de documento que comprove o parentesco, cópia do termo de guarda judicial, cópia do comprovante de matrícula e laudo médico indicando a incapacidade. |
| 9  | Cópia de documento que comprove o parentesco e a dependência financeira.  |
| 10   | Cópia da Certidão de Nascimento e cópia do termo de tutela ou curatela.   |
| 11   | Cópia do termo de tutela ou curatela e laudo médico indicando a incapacidade.   |