

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2026
CONCURSO PÚBLICO – EDITAL Nº 002/2022
IDCidades: 012E0700001.2022.002**

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRA DE SÃO FRANCISCO**, Estado do Espírito Santo, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação vigente, **CONVOCA** o(s) candidato(s) aprovado(s), conforme relação constante no **ANEXO I** deste Edital, com vistas à entrega da **documentação e exames**, observadas as seguintes condições:

1 DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

1.1. O(s) candidato(s) relacionado(s) no **ANEXO I** deste edital, considerando que o **Termo de Interesse** na Vaga já se encontra devidamente **entregue**, deverá(ão) encaminhar a documentação exigida **EXCLUSIVAMENTE** por meio do e-mail: administracao@pmbsf.es.gov.br – no qual o **assunto** do e-mail deverá ser: “CONCURSO GCM – (NOME COMPLETO)”, no prazo de até **15 (QUINZE) DIAS ÚTEIS**, contados a partir da presente convocação e publicação no Diário Oficial.

1.2. A documentação a ser encaminhada deverá corresponder, de forma integral, àquela relacionada no **ANEXO II** deste edital.

1.3. Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento constante do **ANEXO II** acarretará o não cumprimento da exigência do item 1.

1.4. A não entrega da documentação no prazo estabelecido no item 1.1 implicará a **renúncia TÁCITA do convocado** e, conseqüentemente, a **PERDA do direito à posse no cargo** para o qual o candidato foi aprovado.

2 DOS EXAMES MÉDICOS

2.1. Somente poderá ser empossado em cargo público aquele que for julgado **APTO** física e mentalmente para o exercício do cargo.

2.2. O candidato deverá entregar no mesmo prazo da documentação prevista no **item 1.2**, os exames médicos constantes no **ANEXO IX**, que servirão de base para avaliação da capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades do cargo público que irá ocupar.

2.3. Eventuais candidatos portadores de necessidades especiais convocados neste edital, além de atender ao que determina o item 2.2, deverão apresentar também laudo e/ou atestado médico identificando o tipo de deficiência ou disfunção devidamente atualizado (prazo máximo de 30 dias)

3. DOS ATOS DE NOMEAÇÃO

3.1. A publicação dos atos de nomeação se dará por meio de Decreto, obedecendo a legislação vigente.

4. DA POSSE

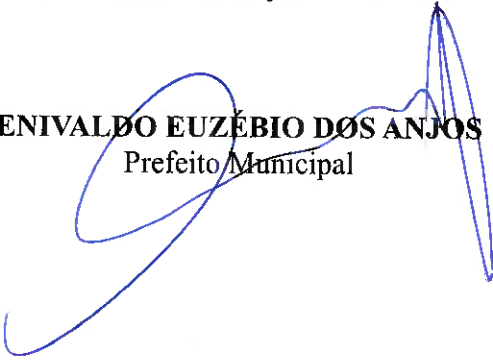


4.1. Os candidatos que **cumprirem as exigências constantes dos itens 1 e 2 deste Edital**, serão **convocados** através de edital específico para posse, no prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação do decreto de nomeação, conforme previsto no § 2º do art. 16 da Lei Complementar 04/1991.

4.2. O candidato deverá se apresentar na **data, horário e local** indicado no edital previsto no item anterior para ser empossado e receber instruções sobre o local de trabalho para o qual será designado.

4.3. A partir da posse, o candidato terá até **30 dias** para apresentar-se no seu local de trabalho e entrar em exercício conforme § 1º do Art. 18 da Lei Complementar 04/1991, devendo iniciar suas atividades funcionais imediatamente a sua apresentação, que será atestada pelo Superior Hierárquico à qual ficará subordinado.

Gabinete do Prefeito, Barra de São Francisco, 08 de janeiro de 2026.



ENIVALDO EUZÉBIO DOS ANJOS
Prefeito Municipal



ANEXO I

Legendas: ¹ AC= Ampla concorrência / ² PCD = Pessoa com deficiência / ³ Negro

Nº	CLASSIF.	Nº INSC.	CANDIDATO	VAGA
01	62	1095774	ABRAÃO GARCIA VIDAL	AC ¹
02	82	1096259	ALAN MARQUES RODRIGUES GONÇALVES	AC ¹
03	51	1096667	GESSIVALDO FERREIRA DE FARIA	AC ¹
04	74	1096222	MAICON DEIVID FIGUEREDO PORTELA	AC ¹
05	64	1095510	MERYLLIN ARAUJO DE PAULA	AC ¹
06	44	1117763	VANESSA RAMOS SOUZA	AC ¹

Nº	CLASSIF. 1 AC	Nº INSC.	CANDIDATO	VAGA
01	05	1111735	LUIS AUGUSTO ROZA RIBEIRO	PCD ²
02	07	1133278	GEOVANE DE ARAUJO	PCD ²

Nº	CLASSIF.	Nº INSC.	CANDIDATO	VAGA
01	12	1095820	MARILENE WETLER RODRIGUES	Negro ³
02	13	1118191	JOÃO AURÉLIO BARBOSA DOS REIS	Negro ³
03	17	1122836	MAXLENO DO NASCIMENTO PEREIRA	Negro ³
04	19	1095528	VINNY ROGER ALMEIDA CACIQUE	Negro ³

ANEXO II

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

1. Inscrição no PIS/PASEP atualizado;
2. 01 (uma) foto 3x4 recente;
3. Comprovante de residência atualizado;
4. Certidão Negativa de Antecedentes Criminais e Certidão de Execuções Criminais do Tribunal de Justiça e da Justiça Federal de residência e/ou domicílio;
5. Carteira Oficial de Identidade (RG ou RNE) e Cadastro de Pessoa Física (CPF);
6. Título de Eleitor e último comprovante de votação;
7. Carteira de Reservista (se do sexo masculino) ou Certificado de Dispensa da Incorporação;
8. Certidão de Nascimento, se solteiro(a); OU Certidão de Casamento e/ou Declaração de União Estável, Carteira Oficial de Identidade (RG ou RNE) do cônjuge ou companheiro(a);
9. Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 (dezoito) anos e Cadastro de Pessoa Física (CPF) aos maiores de 08 (oito) anos;
10. Declaração de bens ou última Declaração de Imposto de Renda;
11. Declaração de dependentes para efeitos de Imposto de Renda;
12. Diploma ou Histórico Escolar autenticado (quando o cargo exigir);
13. Registro no Conselho de Classe (quando o cargo exigir);
14. Declaração de acúmulo de Cargos e Declaração de vínculo e/ou exoneração de outros Órgãos Públicos;
15. **Declaração de não responder a processo relativo ao exercício da profissão e por crimes contra a Administração Pública;**
16. Declaração de antecedentes de saúde para o ingresso no Serviço Público.



ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE NÃO ESTAR RESPONDENDO A PROCESSO RELATIVO AO
EXERCÍCIO DA PROFISSÃO**

Eu, _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF nº _____, declaro para os devidos fins, que no exercício de cargo ou função pública, não sofri penalidades disciplinares, inclusive, as previstas na Lei Complementar nº 135/2010 (Lei da Ficha Limpa), conforme legislação aplicável. E, por ser verdade, firmo a presente declaração.

Barra de São Francisco, ____/____/2026

Assinatura do candidato

CPF:

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____ abaixo-assinado, candidato
ao cargo de _____, portador da Cédula de
Identidade Registro Geral nº _____, órgão emissor _____/____ e CPF/MF nº
_____, () Declaro não possuir bens () Declaro possuir os bens constantes da relação
abaixo:

- 01 - _____, no valor de R\$ _____
02 - _____, no valor de R\$ _____
03 - _____, no valor de R\$ _____
04 - _____, no valor de R\$ _____
05 - _____, no valor de R\$ _____
06 - _____, no valor de R\$ _____
07 - _____, no valor de R\$ _____
08 - _____, no valor de R\$ _____
09 - _____, no valor de R\$ _____
10 - _____, no valor de R\$ _____.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente Declaração

Barra de São Francisco, ____/____/2026



Assinatura do candidato

CPF:

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS E VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS

Eu, _____, RG _____, em relação à posse do cargo _____ DECLARO:

1. Para fins do contido no §14 do art. 37 da Constituição Federal de 1988. () não sou aposentado
() sou aposentado por tempo de contribuição decorrente de cargo, emprego ou função pública.
2. Para fins do contido nos incisos XVI, XVII e do §14 do art. 37 da Constituição Federal de 1988, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada, que:
() não exerço () exerço
() outro cargo () emprego () função pública

Os campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública.

1 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/CARGO

Unidade:	Fone:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Estado:
Cargo/Emprego/Função:	Regime Jurídico:

2– HORÁRIO DE TRABALHO

Dia da Semana	Horário
2ª-feira	Das ____ : ____ horas às ____ : ____ horas
3ª-feira	Das ____ : ____ horas às ____ : ____ horas
4ª-feira	Das ____ : ____ horas às ____ : ____ horas
5ª-feira	Das ____ : ____ horas às ____ : ____ horas



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
BARRA DE SÃO FRANCISCO**

Estado do Espírito Santo

6ª-feira	Das ____ : ____ horas às ____ : ____ horas
Sábado	Das ____ : ____ horas às ____ : ____ horas
Domingo	Das ____ : ____ horas às ____ : ____ horas
Total da carga horária semanal:	_____ horas

Esclareço que a distância entre as unidades em que vou atuar é de aproximadamente _____ km e que utilizarei _____ como meio de transporte, gastando no percurso _____ horas e ____ minutos. Caso venha a assumir vínculo nestas condições ou alterar as informações horas prestadas, assumo o compromisso de comunicar a este Setor de Recursos Humanos no prazo máximo de 5 (cinco) dias.

Barra de São Francisco, ____/_____/2026

Assinatura do candidato

CPF:

OBS.: O cargo, emprego ou função pública compreende todo aquele exercido na Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA EFEITOS DE IMPOSTO DE RENDA

Eu, _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF nº _____, declaro, em obediência à Legislação do Imposto de Renda, que tenho como encargo de família as pessoas abaixo relacionadas:

NOME COMPLETO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PAREN- TESCO	CPF

Declaro sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a V. S^a. qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Barra de São Francisco, ____/_____/2026



Assinatura do candidato

CPF:

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES DE SAÚDE

ANTECEDENTES PESSOAIS	RESPOSTA	ESCLARECIMENTOS
A sua saúde tem sido boa? Se NÃO, porquê?	()SIM ()NÃO	
Você tem hipertensão arterial? Se SIM, faz tratamento? Usa medicação?	()SIM ()NÃO	
Faz uso de bebidas alcoólicas? Se sim, qual a frequência?	()SIM ()NÃO	
Já sofreu convulsões ou desmaios? Se sim, quando? Qual a frequência? Faz acompanhamento médico?	()SIM ()NÃO	
Você fuma? Qual a frequência, se SIM?	()SIM ()NÃO	
Já esteve internado para tratamento? Se sim, qual o motivo e por quanto tempo? Houve sequelas?	()SIM ()NÃO	
Já teve doenças de pulmões ou brônquios? SE SIM, qual? Faz acompanhamento?	()SIM ()NÃO	
Já foi operado alguma vez? Se SIM, qual o motivo? Faz acompanhamento?	()SIM ()NÃO	
Já sofreu doenças renais ou urinárias? Se SIM, faz acompanhamento?	()SIM ()NÃO	
Já fez tratamento psiquiátrico? Se SIM, por quanto tempo? Faz acompanhamento? Toma alguma medicação? Qual?	()SIM ()NÃO	





Você é diabético? Desde que idade? Qual o tipo? Faz acompanhamento?	()SIM ()NÃO	
Já fez uso de tóxicos ou uso de drogas lícitas? Se SIM por quanto tempo? Quais? Faz acompanhamento?	()SIM ()NÃO	
Já teve úlcera ou gastrite? Se SIM, faz acompanhamento? Uso de medicação rotineira?	()SIM ()NÃO	
Faz uso contínuo de alguma medicação? Qual e porquê?	()SIM ()NÃO	
Já teve doença DST? SE SIM, teve acompanhamento médico? Fez o tratamento total?	()SIM ()NÃO	
Faz uso de lentes corretivas? (óculos/ lentes de contato) Se SIM comparecer à perícia munido de prescrição médica (receituário)	()SIM ()NÃO	
Já fez cirurgia oftalmológica? E SIM, qual o motivo?	()SIM ()NÃO	
Já teve doença cardíaca? Se SIM, faz acompanhamento? Toma alguma medicação?	()SIM ()NÃO	
Procurou médico nos últimos 2 anos? Qual a razão?	()SIM ()NÃO	
Já tirou licença médica? Se SIM por quanto tempo? Qual o motivo?	()SIM ()NÃO	

Mencione todas as doenças que você teve nos últimos 5 anos:



PARA MULHERES		
ANTECEDENTES PESSOAIS	RESPOSTA	ESCLARECIMENTOS
Já se submeteu a cirurgia ginecológica?	()SIM ()NÃO	
Tem fluxo excessivo?	()SIM ()NÃO	
As menstruações são normais?	()SIM ()NÃO	
Faz consultas ginecológicas periódicas?	()SIM ()NÃO	
Você tem cólicas?	()SIM ()NÃO	
Qual a data da última menstruação?	()SIM ()NÃO	
Antecedentes obstétricos:	()SIM ()NÃO	

ANTECEDENTES FAMILIARES		
PARENTESCO	IDADE	CONDIÇÕES DE SAÚDE OU CAUSA MORTE
PAI		
MÃE		
IRMÃO		
IRMÃO		
IRMÃO		
FILHO		
FILHO		
FILHO		

[Handwritten signature]

Tem havido na família casos de TUBERCULOSE, DIABETES, ASMA, CÂNCER, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA CARDÍACA, EPILEPSIA, DOENÇAS MENTAIS, ALCOOLISMO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, RINS POLICÍSTICOS? () SIM ou () NÃO

Se SIM, prestar esclarecimento da situação:

Eu, _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF nº _____, declaro sob as penas da lei que as informações acima são verdadeiras.

Barra de São Francisco, ____/____/2026



Assinatura do candidato

CPF:

ANEXO VIII

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

OBS.: deverá ser preenchida a ficha cadastral do candidato aprovado, conforme modelo fornecido e utilizado pela Secretaria Municipal de Administração do Município de Barra de São Francisco.



ANEXO IX

Os seguintes exames para admissão:

- hemograma completo;
- **Atestado de Saúde Ocupacional (ASO):** Emitido por médico do trabalho, atestando a aptidão do candidato para o cargo.
- glicemia;
- urina tipo 1 (EAS);
- creatinina;
- colesterol total e triglicérides (lipidograma);
- AST (TGO);
- ALT (TGP);
- citologia oncológica – papanicolau (mulheres); caso este exame seja exigido e o laudo não esteja disponível dentro do prazo estipulado, será aceito o comprovante de recolhimento do exame como comprovação inicial. O laudo definitivo deverá ser apresentado posteriormente, conforme orientações do edital.
- PSA (homens acima de 50 anos);
- mamografia (mulheres acima de 50 anos);
- raios X de tórax PA e perfil;
- pesquisa de sangue oculto nas fezes – método imunocromatográfico (homens e mulheres, acima de 50 anos);
- eletrocardiograma
- exame toxicológico larga janela de detecção (180 dias) às expensas do candidato;

Substâncias Avaliadas: O exame toxicológico pode identificar o consumo de substâncias como:

- o Maconha (THC)
- o Cocaína
- o Anfetaminas e metanfetaminas
- o Opiáceos
- o Ecstasy (MDMA)
- o Entre outros

