



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**EDITAL Nº 002/2025 - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**

**O MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO**, Estado da Paraíba, por meio de seu Prefeito, Samuel Soares Lavor de Lacerda, no uso de suas atribuições legais, torna pública a realização de Processo Seletivo Simplificado para contratação temporária de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), mediante as condições estabelecidas neste Edital.

**1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

- 1.1.** O Processo Seletivo Simplificado será regido por este Edital e executado pela Prefeitura Municipal de Conceição, por meio de Comissão Organizadora designada para este fim.
- 1.2.** O Processo Seletivo destina-se ao preenchimento de vagas temporárias e formação de cadastro de reserva para os cargos de ACS e ACE.
- 1.3.** O Processo Seletivo será realizado em etapa única, consistindo em Prova Escrita de caráter eliminatório e classificatório.
- 1.4.** Os candidatos aprovados serão contratados sob regime de contrato precário, não se equiparando a servidores efetivos do município de Conceição.

**2. DOS CARGOS, VAGAS, REMUNERAÇÃO E ATRIBUIÇÕES**

**2.1. Quadro de cargo, vagas e remuneração:**

**CARGO:** AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS);  
**REMUNERAÇÃO:** DOIS SALÁRIOS-MÍNIMOS + VANTAGENS;  
**CARGA HORARIA DE TRABALHO:** 40;  
**NÚMERO DE VAGAS:** 2 **LOCAL:** NOVO HORIZONTE;  
**NÚMERO DE VAGAS:** 2 **LOCAL:** SÃO GERALDO;  
**NÚMERO DE VAGAS:** 1 **LOCAL:** SÃO JOSÉ;



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**CARGO:** AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)

**REMUNERAÇÃO:** DOIS SALÁRIOS-MÍNIMOS + VANTAGENS;

**CARGA HORARIA DE TRABALHO:** 40;

**NÚMERO DE VAGAS:** 5

**2.2. Atribuições dos cargos:**

**2.2.1. Agente Comunitário de Saúde (ACS):**

- a) Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- b) Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- c) Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- d) Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- e) Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- f) Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- g) Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- h) Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;
- i) Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- j) Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- k) Participar no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados.

**2.2.2. Agente de Combate às Endemias (ACE):**

- a) Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos;
- b) Executar ações de controle de doenças/agravos interagindo com os ACS e equipe de Atenção Básica;
- c) Identificar casos suspeitos dos agravos/doenças e encaminhar os pacientes para a Unidade de Saúde de referência e comunicar o fato ao responsável pela unidade de saúde;
- d) Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- e) Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e/ou coleta de reservatórios de doenças;
- f) Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de intervenção;



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

- g)** Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;
- h)** Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;
- i)** Registrar as informações referentes às atividades executadas;
- j)** Realizar identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;
- k)** Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

**2.3. Outras disposições**

- a)** Será composto um cadastro de reserva destinado ao suprimento de vagas oriundas de desistência ou eliminação de participantes do quadro de classificados ou ao preenchimento da vacância de cargos que surgirem dentro do prazo de validade desta seleção, conforme distribuição constante deste Edital.
- b)** Pessoas com deficiência poderão participar desta seleção, desde que sua necessidade especial seja compatível ao exercício das funções específicas do cargo e observadas as regras contidas na Lei Federal nº 7.853 de 24 de outubro de 1989, regulamentada pelo Decreto Federal no 3.298, de 20 de dezembro de 1999, cujo Art. 4º foi alterado pelo Decreto Federal no 5.296, de 03 de dezembro de 2004.
- c)** Somente haverá reserva imediata de vagas aos participantes portadores de deficiência nos perfis (Anexo I) com número de vagas igual ou superior a 05 (cinco), respeitando o limite de 20% (vinte por cento) estabelecido pela Lei Federal nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Desta forma, o primeiro participante aprovado com deficiência no processo seletivo público será nomeado para ocupar a quinta vaga da microrregião ao qual concorreu.
- d)** Caso As vagas reservadas aos portadores de necessidades especiais, que não forem preenchidas por participante em tais condições, serão revertidas aos demais participantes habilitados na ampla concorrência, observada a ordem classificatória.
- e)** O participante que, no formulário de inscrição, se declarar portador de necessidades especiais, uma vez classificado, figurará na lista geral de classificados, observada a respectiva ordem de classificação, bem como também constará de lista à parte destinada exclusivamente aos portadores de necessidades especiais.



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

- f) laudo médico comprobatório da deficiência será de inteira responsabilidade do participante, que será entregue à Secretaria de Saúde de Conceição. Este laudo será submetido à avaliação de perícia médica, que decidirá, de forma terminativa, sobre a qualificação do participante e sobre a compatibilidade da necessidade especial com as atribuições da função, não cabendo recurso contra esta decisão.

### **3. DOS REQUISITOS BÁSICOS PARA A CONTRATAÇÃO**

- 3.1.** Ser brasileiro nato ou naturalizado;
- 3.2.** Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares (se do sexo masculino);
- 3.3.** Ter idade mínima de 18 anos completos na data da contratação;
- 3.4.** Ter concluído o ensino médio;
- 3.5.** Para ACS, Residir na microrregião escolhida para atuar, desde a data da publicação deste Edital, nos termos do art. 6º, da Lei Federal de nº 11.350 de 5 de outubro de 2006, alterada pela Lei nº 13.595 de 05 de janeiro de 2018;
- 3.6.** Ter aptidão física e mental para o exercício das atribuições do cargo;
- 3.7.** Não ter sido demitido por justa causa por órgão público federal, estadual e municipal.
- 3.8.** Estar quite com os setores de distribuição dos foros criminais, das Justiças Federal e Estadual, dos lugares em que tenha residido nos últimos cinco anos;
- 3.9.** Estar quite com a folha de antecedentes da Polícia Federal e da Polícia dos Estados onde tenha residido nos últimos cinco anos, expedida, no máximo, há 30 dias da data da inscrição;
- 3.10.** Para ACS Ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas;

### **4. DAS INSCRIÇÕES**

- 4.1. Período:** 03/03/2025 a 14/03/2025
- 4.2. Local:** Procuradoria Geral do Município de Conceição
- 4.3. Horário:** 08h às 13h
- 4.4. Taxa de inscrição:** R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais)

- a) O pedido de inscrição é de responsabilidade exclusiva do participante, bem como a exatidão dos dados cadastrais, informados no formulário de inscrição.
- b) Somente será aceito um único pedido de inscrição por participante;
- c) A inscrição do participante será confirmada com pagamento;

#### **4.5. Procedimentos para inscrição:**

- a) Dirigir-se à Procuradoria Geral do Município para obter a ficha de inscrição;
- b) Preencher o formulário de inscrição fornecido;





**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

c) Dirigir-se ao Setor de Tributos, localizado no térreo da Prefeitura Municipal de Conceição, para efetuar o pagamento da taxa de inscrição.

d) entregar copia do pagamento da inscrição junto a procuradoria, juntamente com copia da ficha de inscrição.

e) receber comprovação de inscrição junto a PGM.

I – O participante que não cumprir as alinhas **“d” e “e”, do item 4.5** não será considerado inscrito

**4.6. Isenção da taxa de inscrição:**

**4.6.1. Estarão isentos do pagamento da taxa de inscrição os candidatos:**

- a) Doadores de sangue;
- b) Comprovadamente pobres, nos termos da legislação vigente.

**4.6.2.** Para solicitar a isenção, o candidato deverá apresentar os documentos comprobatórios no ato da inscrição.

**4.6.3.** O prazo para requerer a isenção de inscrições é de 03/03/2025 a 04/03/2025, improrrogáveis;

**4.6.4.** Não será concedida isenção do pagamento da taxa de inscrição ao participante que:

- I. Omitir informações e/ou torná-las inverídicas;
- II. Fraudar e/ou falsificar documentos;
- III. Pleitear a isenção sem apresentar documentação exigida neste Edital;
- IV. Não observar o prazo e os horários estabelecidos no Anexo II, deste Edital;
- V. Não se enquadrar em uma das categorias de isenção descritas, deste Edital;
- VI. Apresentar documentos incompletos ou ilegíveis;

**5. DA PROVA ESCRITA**

**5.1. Data da prova:** 30/03/2025

**5.2. Horário:** Das 08h às 12h

**5.3. Local:** Será divulgado no site do Município;



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**5.4. Conteúdo programático:**

- a) Português;
- b) História do Município de Conceição;
- c) História do Brasil;
- d) História da Paraíba;
- e) Conhecimento Específicos;

**5.5.** A prova escrita terá 50 questões de múltipla escolha, sendo 10 por cada conteúdo.

**5.6.** Cada questão terá 5 alternativas, sendo apenas uma correta.

**5.7.** Cada questão valerá 1 ponto, totalizando 50 pontos.

**5.8.** Será considerado aprovado o candidato que obtiver 50% de acerto no mínimo por conteúdo e 60% de acertos no geral.

**6. DA CLASSIFICAÇÃO E DO RESULTADO FINAL**

**6.1.** A classificação final será feita pela ordem decrescente da nota obtida na prova escrita.

**6.2.** Em caso de empate, terá preferência o candidato que:

- a) Tiver idade igual ou superior a 60 anos, conforme o Estatuto do Idoso;
- b) Obtiver maior pontuação nas questões de Português;
- c) Tiver maior idade.
- d) Obtiver maior pontuação nas questões de História de Conceição;

**6.3.** O resultado será divulgado no site oficial da Prefeitura e nos quadros de avisos da Prefeitura Municipal de Conceição.

**6.4. DO CALENDÁRIO**

- a. **Inscrições:** 03/03/2025 a 14/03/2025;
- b. **Divulgação local de prova:** 20/03/2025;
- c. **Prova:** 30/03/2025;
- d. **Resultado:** 17/04/2025;
- e. **Recursos:** 17/04 a 21/04/2025;
- f. **Resultado definitivo:** 25/04/2025;
- g. **Homologação:** 28/04/2025;



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**7. DA CONTRATAÇÃO**

- 7.1.** A contratação dos aprovados será realizada de acordo com a necessidade e conveniência da Administração Municipal.
- 7.2.** Os contratos serão temporários e precários, podendo a Administração rescindir o contrato a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.
- 7.3.** Os contratados não se equiparam, em hipótese alguma, aos servidores efetivos do município de Conceição.

**8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 8.1.** A inscrição do candidato implicará a aceitação das normas para o Processo Seletivo contidas neste Edital.
- 8.2.** É de inteira responsabilidade do candidato acompanhar a publicação de todos os atos, editais e comunicados referentes a este Processo Seletivo.
- 8.3.** O prazo de validade deste Processo Seletivo é de 1 (um) ano, contado a partir da data de publicação da homologação do resultado final, podendo ser prorrogado uma vez por igual período.
- 8.4.** Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora do Processo Seletivo.
- 8.5** – Todo acompanhamento das etapas do processo seletivo será pelo site do município de conceição <https://conceicao.pb.gov.br/>.

**Conceição - PB, 24/03/2025**

Samuel Soares Lavor de Lacerda  
**Prefeito Municipal de Conceição**



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - EDITAL Nº 001/2025  
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO  
ANEXO 01**

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_ (preenchido pela administração)

**1. DADOS PESSOAIS**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**2. CARGO PRETENDIDO**

( ) Agente Comunitário de Saúde (ACS)  
( ) Agente de Combate às Endemias (ACE)

Para ACS, indique a área/bairro de atuação: \_\_\_\_\_

**3. ESCOLARIDADE**

Ensino Médio Completo: ( ) Sim ( ) Não  
Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

**4. CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL PARA ACS**

Possui curso de formação inicial com carga horária mínima de 40 horas?  
( ) Sim ( ) Não  
Se sim, informe:  
Nome do curso: \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_  
Data de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**5. PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Possui alguma deficiência? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, especifique o tipo de deficiência: \_\_\_\_\_

Necessita de condições especiais para a realização da prova? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

Obs.: Anexar laudo médico comprobatório, conforme especificado no edital.

**6. SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Solicita isenção da taxa de inscrição? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual o motivo?

- ( ) Doador de sangue
- ( ) Comprovadamente pobre

Obs.: Anexar documentação comprobatória conforme edital.

**7. DECLARAÇÃO**

Declaro estar ciente das condições do presente Processo de Seleção Simplificado e declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações prestadas.

Declaro ainda:

- Estar quite com as obrigações eleitorais;
- Estar quite com as obrigações militares (se do sexo masculino);
- Ter aptidão física e mental para o exercício das atribuições do cargo;
- Não ter sido demitido por justa causa por órgão público federal, estadual e municipal;
- Para o cargo de ACS, residir na área da comunidade em que pretendo atuar desde a data da publicação do edital.

Conceição - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Candidato**



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA DE CONCEIÇÃO  
SECRETARIA DE SAÚDE**

-----  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL Nº  
001/2025**

**Nº de Inscrição:** \_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** ( ) Agente Comunitário de Saúde ( ) Agente de Combate às Endemias

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pela Inscrição**