

## ANEXO V - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO (item 3.2)

|                                                                                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº ____/2026 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMATURÁ/AM</b> |             |
| <b>Nº DE INSCRIÇÃO:</b>                                                                        |             |
| <b>Nome Completo:</b>                                                                          |             |
| <b>RG:</b>                                                                                     | <b>CPF:</b> |
| <b>Data de Nascimento:</b> /    /                                                              |             |
| <b>Telefone:</b>                                                                               |             |
| <b>E-mail:</b>                                                                                 |             |
| <b>Endereço:</b>                                                                               |             |
| <b>Bairro/Comunidade:</b>                                                                      |             |
| <b>Zona:</b> (   ) Urbana (   ) Rural                                                          |             |
| <b>CARGO PRETENDIDO</b>                                                                        |             |
| (   ) Agente Comunitário de Saúde – ACS                                                        |             |
| (   ) Agente de Combate às Endemias – ACE                                                      |             |
| <b>UNIDADE DE SAÚDE / COMUNIDADE PRETENDIDA:</b>                                               |             |
| <b>TIPO DE CONCORRÊNCIA</b>                                                                    |             |
| (   ) Ampla Concorrência                                                                       |             |
| (   ) Pessoa com Deficiência (PcD)                                                             |             |
| (   ) Indígena                                                                                 |             |

DECLARAÇÃO: Declaro que conheço e aceito as normas estabelecidas no Edital nº \_\_\_\_/2026 do Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Amaturá/AM, bem como declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário, assumindo total responsabilidade por elas.

Amaturá/AM, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

Servidor Responsável pela Inscrição: \_\_\_\_\_

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO</b>          |
| <b>PSS Nº ____/2026 – SEMSA/AMATURÁ</b>  |
| <b>Nº de Inscrição:</b>                  |
| <b>Nome:</b>                             |
| <b>Cargo:</b>                            |
| <b>Data da Inscrição:</b> ____/____/2026 |
| <b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b>             |

## ANEXO VI – FORMULÁRIO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS/TÍTULOS

### FORMULÁRIO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS/TÍTULOS

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº \_\_\_\_/2026 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMATURÁ/AM

#### DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

Cargo:

( ) Agente Comunitário de Saúde – ACS

( ) Agente de Combate às Endemias – ACE

#### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS/TÍTULOS APRESENTADOS

| ITEM | DOCUMENTO APRESENTADO                                                     | QUANTIDADE |
|------|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| 01   | Certificado de Curso de Formação para ACS ou ACE                          |            |
| 02   | Certificado de Curso em Atenção Básica, Saúde da Família ou Saúde Pública |            |
| 03   | Certificado de Curso em Vigilância em Saúde ou Vigilância Epidemiológica  |            |
| 04   | Certificado de Curso em Informática                                       |            |
| 05   | Certificado de Curso em Primeiros Socorros                                |            |
| 06   | Certificado de Curso sobre Endemias, Arboviroses ou Malária               |            |
| 07   | Declaração/Certidão de Tempo de Serviço na Área da Saúde                  |            |
| 08   | Declaração/Certidão de Tempo de Serviço como ACS ou ACE                   |            |
| 09   | Diploma ou Certificado de Ensino Superior                                 |            |
| 10   | Outros documentos correlatos                                              |            |

#### DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que os documentos acima relacionados são cópias fiéis dos respectivos originais apresentados para conferência, assumindo total responsabilidade pela autenticidade e veracidade das informações prestadas.

Amaturá/AM, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

Servidor Responsável pelo Recebimento: \_\_\_\_\_

## ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE VIDA E RESIDÊNCIA

### DECLARAÇÃO DE VIDA E RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as  
penas da lei, que resido e tenho domicílio na comunidade/localidade abaixo indicada:

Endereço: \_\_\_\_\_

Comunidade/Bairro: \_\_\_\_\_

Zona: ( ) Urbana ( ) Rural

Município: Amaturá/AM

CEP: \_\_\_\_\_

Declaro, ainda, que resido no referido endereço há aproximadamente \_\_\_\_\_ anos  
e/ou \_\_\_\_\_ meses, mantendo ali minha moradia habitual e permanente.

Estou ciente de que a prestação de informação falsa sujeita o declarante às sanções  
cíveis, administrativas e penais previstas na legislação vigente, especialmente as  
disposições contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus  
efeitos legais.

Amaturá/AM, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1. CPF nº \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2. CPF nº \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO VIII – REQUERIMENTO, INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

REQUERIMENTO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº \_\_\_\_/2026 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMATURÁ/AM

À PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO DE ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – COAPSS/2026

### DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

Cargo:

( ) Agente Comunitário de Saúde – ACS

( ) Agente de Combate às Endemias – ACE

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### RECURSO CONTRA

( ) Homologação das Inscrições

( ) Resultado da Prova Objetiva

( ) Resultado da Análise de Títulos

( ) Classificação Final

( ) Outro: \_\_\_\_\_

### FUNDAMENTAÇÃO DO RECURSO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### PEDIDO DO CANDIDATO

Diante das razões expostas, requer a revisão da decisão recorrida, para que seja procedida nova análise dos fatos e documentos apresentados, com a consequente retificação do resultado, caso seja constatada a procedência do presente recurso.

### DOCUMENTOS ANEXADOS

( ) Não há documentos anexos.

( ) Há documentos anexos, totalizando \_\_\_\_\_ páginas.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Amaturá/AM, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

---

Assinatura do Candidato

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Data:    /    / **2026**

Horário:

Recebido por:

---

Servidor Responsável

## ANEXO X – DECLARAÇÃO DE ACÚMULO/NÃO ACÚMULO DE CARGOS

### DECLARAÇÃO DE ACÚMULO/NÃO ACÚMULO DE CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
aprovado(a) no Processo Seletivo Simplificado  
nº \_\_\_\_/2026 da Secretaria Municipal de Saúde de Amaturá/AM, para o cargo de:

( ) Agente Comunitário de Saúde – ACS

( ) Agente de Combate às Endemias – ACE

**DECLARO**, para os devidos fins e sob as penas da lei, que:

( ) **NÃO EXERÇO cargo**, emprego ou função pública na Administração Pública Direta ou Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, bem como em suas autarquias, fundações, empresas públicas ou sociedades de economia mista.

OU

( ) **EXERÇO o(s) seguinte(s) cargo(s)**, emprego(s) ou função(ões) pública(s):

Órgão/Entidade: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_

Local de Exercício: \_\_\_\_\_

Declaro, ainda, que o exercício do(s) cargo(s) acima informado(s):

( ) É compatível com a carga horária do cargo para o qual estou sendo contratado(a), não havendo prejuízo ao serviço público.

( ) Não é compatível com a carga horária do cargo para o qual estou sendo contratado(a), comprometendo-me a optar por apenas um dos vínculos, caso necessário.

Estou ciente de que a prestação de declaração falsa sujeita o declarante às sanções administrativas, civis e penais cabíveis, especialmente as previstas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Amaturá/AM, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Assinatura do Declarante

CPF nº \_\_\_\_\_