



- 15.12.2. A impugnação protocolada será julgada pela Comissão de Concurso Público da PB SAÚDE em conjunto com o IDECAN, no que for necessário.
- 15.12.3. Do julgamento previsto no subitem 15.12.2 deste Edital, não caberá recurso, bem como a resposta será disponibilizada diretamente ao demandante, sendo seus efeitos, se existentes, implementados mediante aditivo deste Edital ou novo Edital.
- 15.13. Os casos não previstos serão resolvidos pela Comissão de Concurso Público da PB SAÚDE, ouvido o IDECAN sempre que necessário.
- 15.14. Os membros da Banca Examinadora e da Comissão de Concurso da PB SAÚDE não podem possuir parentesco, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau, bem como amizade íntima ou inimizade notória, com qualquer candidato inscrito.
- 15.15. É de inteira responsabilidade do candidato acompanhar rigorosamente a publicação de todos os atos, editais e etapas estabelecidas no Cronograma de Execução do Concurso, os quais serão divulgados na internet e, quando necessário, publicados no Diário Oficial.
- 15.16. Não será fornecido ao candidato qualquer documento ou certidão comprobatória de classificação no concurso público, valendo, para este fim, o Edital de homologação do resultado publicado no Diário Oficial.

João Pessoa-PB, 11 de setembro de 2024.

ALEXANDRE BENTO DE FARIAS  
DIRETOR SUPERINTENDENTE

**ANEXO I- DA TAXA DE INSCRIÇÃO, QUADRO DE VAGAS, VENCIMENTO MENSAL, CARGA HORÁRIA, REQUISITOS E ATRIBUIÇÕES DO EMPREGO**

NÍVEL	TAXA DE INSCRIÇÃO
SUPERIOR	RS180,00 (cento e oitenta reais)

EMPREGO	VAGAS IMEDIATAS	CADASTRO RESERVA	REQUISITOS
ADVOGADO RS 2.900,00 20h	3	6	Diploma devidamente registrado de curso de graduação em Direito fornecido por instituição de ensino de nível superior, reconhecido pelo MEC; Registro na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com registro principal ou suplementar na seccional da Paraíba.

EMPREGO	TOTAL	TOTAL I MACRO	AMPLA	PCD (10%)	NEGRO (20%)
ADVOGADO	<b>ATRIBUIÇÕES DO EMPREGO</b>				
			2	0	1

**ADVOGADO**

Consultoria jurídica e Representação judicial da PB SAÚDE, atuando em qualquer foro ou instância; prestar consultoria jurídica garantindo o assessoramento jurídico- administrativo Regular e Ativo a todos os órgãos ou unidades da PB SAÚDE, exarando pareceres jurídicos; articular e orientar as ações dos órgãos e correspondentes unidades administrativas e funcionais, normatizando procedimentos e uniformizando a interpretação jurídica das matérias analisadas; elaborar minutas, fiscalizar e revisar os contratos, convênios e acordos, nos quais a PB SAÚDE seja parte; acompanhar sindicâncias e processos administrativo Regular e Ativos em casos de irregularidades cometidas por empregados públicos; promover colher declarações e depoimentos, audiências e diligências necessárias para o trâmite normal de processos; acompanhar e dar pareceres jurídicos nos processos licitatórios; elaborar e analisar minutas de projetos de resoluções a serem encaminhadas ao CONSAD, elaborar e analisar portarias, resoluções e normativas e outros documentos de natureza jurídica; organizar e executar a atualização da coletânea de leis, portarias, resoluções e normativas da PB SAÚDE, bem como a legislação federal e estadual de interesse da PB SAÚDE; assessorar o Diretor Presidente nos atos Regular e Ativos à Administração e Patrimônio da PB SAÚDE; executar demais atividades pertinentes a sua área de atuação e outras atividades jurídicas obedecendo em direitos e deveres a Lei Federal n.º 8.906 de 04 de Julho de 1994 - Estatuto de Advocacia e da OAB; Executar todas as rotinas e normas administrativas e de saúde do trabalhador conforme determinado pela instituição; Cumprir e fazer cumprir o código de Ética e Conduta dos Servidores e Empregados Públicos Civis do Poder Executivo do Estado Paraíba Decreto nº 44.504 de 05 de dezembro de 2023; Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

**ANEXO II- DO FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, venho requerer a ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO do Concurso Público de Provas e Títulos para provimento do emprego \_\_\_\_\_ da carreira de \_\_\_\_\_, promovido pela Fundação Paribana de Gestão em Saúde e regido pelo Edital nº 01, de xx de setembro de 2024, inscrição nº \_\_\_\_\_, de acordo com o referido Edital, conforme abaixo (assinalar a opção abaixo):

Para comprovação da condição disposta neste Edital, o candidato deverá realizar o envio (upload de arquivo) da imagem digitalizada dos documentos comprobatórios discriminados a seguir:  
( ) para comprovação da 1ª POSSIBILIDADE, o candidato deve realizar o envio, cumulativo, da imagem dos seguintes documentos:

- a) requerimento da solicitação de isenção da taxa de inscrição integralmente preenchido, impresso e assinado, de acordo com o disposto no Anexo II deste Edital;
  - b) Declaração de efetivo doador, expedida por órgão público competente, atestando no mínimo 03 (três) doações de sangue, nos 12 (doze) meses anteriores à data de início das inscrições deste Concurso Público;
  - c) documento oficial de identidade, nos termos deste Edital, e CPF.
- ( ) para comprovação da 2ª POSSIBILIDADE, o candidato deve realizar o envio, cumulativo, da imagem dos seguintes documentos:

- a) requerimento da solicitação de isenção da taxa de inscrição integralmente preenchido, impresso e assinado, de acordo com o disposto no Anexo II deste Edital;
  - b) declaração de efetivo doador de medula óssea expedido do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea - REDOME fornecido pelo Centro de Transplantes onde ocorreu a doação de medula óssea, bem como a data de doação. Não será aceito como documento comprobatório a Declaração de cadastrado como doador voluntário de medula óssea e/ou carteira emitida do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea - REDOME;
  - c) documento oficial de identidade, nos termos deste Edital, e CPF.
- ( ) para comprovação da 3ª POSSIBILIDADE, o candidato deve realizar o envio, cumulativo, da imagem dos seguintes documentos:

- a) requerimento da solicitação de isenção da taxa de inscrição integralmente preenchido, impresso e assinado, de acordo com o disposto no Anexo II deste Edital;
  - b) comprovar que tenha sido doadora de leite materno a no máximo 1 (um) ano antes da data de publicação do Edital e tiver doado por um período mínimo de 4 (quatro) meses e ter feito, no mínimo, uma doação a cada semana;
  - c) documento oficial de identidade, nos termos deste Edital, e CPF.
- ( ) para comprovação da 4ª POSSIBILIDADE, o candidato deve realizar o envio, cumulativo, da imagem dos seguintes documentos:
- a) requerimento da solicitação de isenção da folha resumo do cadastro único retirada no setor de cadastro único da assistência social do cadastro único;
  - b) comprovante de inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal;
  - c) cópia da carteira de trabalho e previdência social das páginas que contêm os dados de número e série e qualificação civil, contrato de trabalho (último emprego) e a posterior;
  - d) declaração de que é membro de família de baixa renda (declaração de hipossuficiência), devidamente assinada, nos termos do Decreto nº 11.016/2022; e
  - e) documento oficial de identidade, nos termos deste Edital, e CPF.

Nº NIS:		CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	DATA EXP.:	RG:	UF:
NOME DA MÃE:			

**Notas!**

É de responsabilidade exclusiva do candidato o correto preenchimento dos formulários e a entrega da documentação em conformidade com o Edital.  
Todos os documentos enviados serão analisados posteriormente pela banca examinadora da Organizadora, que emitirá relatório com a situação preliminar do candidato.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente

**ANEXO III- DO FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE VAGA PARA CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA**

Atesto, para fins de participação no Concurso Público de Provas para provimento do emprego de \_\_\_\_\_, Edital nº 01/2024, do Concurso Público para o quadro de pessoal da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde, vem requerer vaga reservada como PESSOA COM DEFICIÊNCIA, que o(a) Senhor(a) \_\_\_\_\_ é pessoa com deficiência (espécie) \_\_\_\_\_, CID \_\_\_\_\_, com grau/nível de deficiência (leve, moderado ou alto) \_\_\_\_\_, tendo como provável causa da deficiência (descrever/apresentar provável causa da deficiência): \_\_\_\_\_

Adiciono ainda outras informações:

- 1) Candidato faz uso de próteses, órteses ou adaptações? ( ) Sim ( ) Não  
Se Sim, em qual(is) membro(s)/parte(s) do corpo? \_\_\_\_\_
- 2) Se candidato com deficiência mental, especificar as páreas de limitação associadas e habilidades adaptativas: \_\_\_\_\_
- 3) Se candidato com deficiência múltipla, especificar a associação de suas ou mais deficiências: \_\_\_\_\_

Dados especiais para aplicação das PROVAS (marcar com X no parêntese abaixo, caso necessite de Prova Especial ou não). Em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário.  
( ) NÃO NECESSITA de PROVA ESPECIAL e/ou de TRATAMENTO ESPECIAL.  
( ) NECESSITA de PROVA e/ou de CUIDADO ESPECIAL.  
Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo com nome e número do CRM do médico especialista na área de deficiência do(a) candidato(a).

Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos deste Edital, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não-homologação de sua situação, por ocasião da realização da Avaliação Biopsicossocial.

Local e data \_\_\_\_\_ Assinatura do(a) candidato(a) \_\_\_\_\_  
Observações:  
\* No caso de deficiência auditiva, anexar exame de audiometria recente.  
\* No caso de deficiência visual, anexar exame de acuidade em AO (ambos os olhos), com especificação da patologia e do campo visual.

**ANEXO IV- FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, Portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF de nº \_\_\_\_\_, declaro que sou preto ou pardo, conforme o quesito de cor ou raça utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para o fim específico de atender ao edital nº 01/2024 para concurso público da Fundação Paraibana de Gestão em Saúde. Estou ciente que, se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação deste concurso, em qualquer fase, e de anulação de minha nomeação (caso tenha sido nomeado e/ou