



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**EDITAL Nº 001/2020– SMS (Secretaria Municipal de Saúde) – CHAMADA PÚBLICA PARA ENFERMEIRO**

**TITO PEREIRA FREITAS**, Prefeito Municipal de Capão Alto, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais, e legislação em vigor no ato da admissão, tornam público, pelo presente Edital, as normas para em **Chamada Pública, Lei nº 676/2019**, obediência aos Princípios Constitucionais da Impessoalidade, Publicidade e Eficiência Administrativa, da seguinte forma:

1. A Comissão nomeada pelo Prefeito, portaria 094/2020 será responsável pela operacionalização da Chamada Pública para enfermeiro.
2. A Secretaria Municipal de Saúde contratará profissional com o intuito de completar o quadro de 01 vaga de enfermeiro, para substituição de profissional que está em licença maternidade sendo assim necessária contratação, mediante Chamada Pública para enfermeiro.
3. A Secretaria Municipal de Saúde divulgará, por não haver candidatos classificados no processo seletivo realizado nº 02/2019, a divulgação acontecerá em até 24hs (vinte e quatro horas) de antecedência da inscrição, através do site da Prefeitura [www.capaoalto.sc.gov.br](http://www.capaoalto.sc.gov.br), Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, Mural da Prefeitura, e Secretaria Municipal de Saúde.
  - 3.1 Período de inscrição: 25/03/20 à 26/03/20 – Horário das 09hs00 às 11hs00 e das as 13hs30 às 16hs00. Resultado dia 27/03/20 até 17:00hs.
4. Os candidatos interessados deverão dirigir-se à sede da Secretaria de Saúde, munidos de documentos pessoais (RG e CPF), comprovação de sua habilitação, Formulário de Inscrição (Anexo I deste Edital) e comprovante de tempo de serviço (Anexo II e III deste Edital), Certidão de Nascimento dos filhos, para a escolha da vaga disponíveis, em horário estabelecido pela Secretaria de Saúde, entre 09hs00 às 11hs00 e das as 13hs30 às 16hs00, de segunda-feira a quarta-feira;

5 – A Secretaria Municipal de Saúde respeitará todos os critérios e pré-requisitos:

- 1º) Habilitação;
- 2º) Pós graduação na área da saúde
- 3º) Maior idade
- 4º) Número de filhos

5.1 – A habilitação mínima exigida para inscrição e classificação de candidatos para a vaga de enfermeiro é definida pelo quadro abaixo:



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DA SAÚDE

CARGO	VAGAS	CARGA HORÁRIA	HABILITAÇÃO MÍNIMA EXIGIDA	VENCIMENTO R\$
Enfermeiro 40 horas	01 VAGA + CR	40 HORAS	Certificado de Conclusão de Curso Superior de Enfermagem com Registro no Órgão Fiscalizador do Exercício Profissional.	R\$ 2987,21 + *vale alimentação e vale transporte

\*sendo 150 reais de vale alimentação e 150 reais de vale transporte

5.2 – A Comissão nomeada pela secretária, portaria nº 094/2020 deverá manifestar Parecer referente aos casos em que a classificação de candidatos e/ou a escolha de vagas não garantirem os direitos estabelecidos na legislação vigente.

6. - Este edital entra em vigor na data de sua publicação.

Capão Alto, 23/03/2020

Prefeitura Municipal de Capão Alto/SC  
Tito Pereira Freitas  
Prefeito Municipal  
Tito Pereira Freitas  
**Prefeito Municipal**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO I**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**DADOS PESSOAIS:**

NOME COMPLETO:
RG:
CPF:
ENDEREÇO:
BAIRRO:
CIDADE:
TELEFONE:
E-MAIL:
CARGO PLEITEADO:
FORMAÇÃO:



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II  
ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO

Identificação da instituição (nome, local, função exercida ou exerce, papel timbrado da instituição e CNPJ da mesma)

---

---

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o **Edital de Chamada Pública para Admissão de Enfermeiro (a) em Caráter Temporário para o ano de 2020**, que o Senhor(a) \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ portador(a) do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_ exerceu ou ainda exerce atividades, no cargo de **ENFERMEIRO**, conforme abaixo especificado:

**PERÍODO DE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na instituição \_\_\_\_\_ nome e carimbo do responsável pela instituição

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição