



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

**EDITAL Nº 001/2021 - SMS – CHAMADA PÚBLICA PARA MÉDICO CLINICO GERAL ESF**

**GISLAINE FREITAS DE JESUS ANTUNES PEREIRA**, Secretária Municipal da Saúde 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**, em obediência aos Princípios Constitucionais da Impessoalidade, Publicidade e Eficiência Administrativa, da seguinte forma:

1. A Comissão nomeada pelo Prefeito, portaria /2021 será responsável pela operacionalização da Chamada Pública para Médico Clínico Geral para Estratégia Saúde da Família.

2. A Secretaria Municipal de saúde contratará profissionais com o intuito de completar o quadro de vagas da estratégia Saúde da Família, em caráter de Urgência e temporário para compor a equipe básica a ser composta, contratação, mediante Chamada Pública para o cargo de Médico Clínico Geral-ESF.

3. A Secretaria Municipal de Saúde fará a divulgação que 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: 22/03/21 à 25/03/21 – Horário das 09hs00 às 11hs00 e das as 13hs30 às 16hs00, através do e-mail: [contabilsaude@capaoalto.sc.gov.br](mailto:contabilsaude@capaoalto.sc.gov.br), e presencial na secretária da Saúde. Resultado dia 26/03/21 até 17:00hs.

4. Os candidatos interessados deverão dirigir-se à sede da Secretaria da Saúde, ou através do e-mail [contabilsaude@capaoalto.sc.gov.br](mailto:contabilsaude@capaoalto.sc.gov.br), 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 da Saúde, no período vespertino, entre 09hs00 às 11hs00 e das as 13hs30 às 16hs00, de quarta-feira a quinta-feira.

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

- 1º) Habilitação - Médico Clínico Geral;
- 2º) especialização
- 3º) Maior Tempo de Serviço.
- 4º) Maior tempo de Serviço na Saúde Pública;
- 5º) Maior Idade
- 6º) Número de filhos

5.1 – A habilitação mínima exigida para inscrição e classificação de candidatos para a vaga:

Rua: João Vieira de Oliveira, 500 - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.  
CNPJ : 01.599.409/0001-39 - e-mail : [administracao@pmcapaoalto.com.br](mailto:administracao@pmcapaoalto.com.br)  
Telefone: (49)3237-2000 - Fax: (49)3237-2016



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

Cargo	HABILITAÇÃO MÍNIMA EXIGIDA	VENCIMENTO	VAGA
Médico Clínico Geral. 40h	Diploma e Histórico Escolar de Conclusão de Curso Superior. Inscrição CRM -SC	R\$: 21.696,48	01

5.2 – A Comissão nomeada pelo secretário, portaria nº /2021 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, 19/03/2021

  
Gislaine Freitas de J A Pereira  
**Secretária da Saúde**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

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 DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

**ANEXO II**  
**ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO NA SAÚDE**

**Identificação do Município**

---

---

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o **Edital de Chamada Pública para Admissão de Médico Clínico Geral, Caráter Temporário do ano de 2021**, que o Senhor(a) \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ portador(a) do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_ exerceu ou ainda exerce atividades na nessa instituição, no cargo de Médico Clínico Geral, conforme abaixo especificado:

**PERÍODO DE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na disciplina de \_\_\_\_\_  
Código da Disciplina: \_\_\_\_\_

**PERÍODO DE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na disciplina de \_\_\_\_\_  
Código da Disciplina: \_\_\_\_\_

**TOTALIZANDO:** \_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_ MESES \_\_\_\_ DIAS.

Declaramos, sob as penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta declaração são a expressão da verdade.

**Observação: Informar o tempo de serviço total do candidato**

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

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTES E TURISMO

ANEXO III  
ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO NA SAÚDE PÚBLICA

Identificação Da Instituição (papel timbrado, CNPJ, endereço)

---

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o **Edital de Chamada Pública para Admissão de Médico Clínico Geral em Caráter Temporário do ano de 2021**, que o Senhor(a) \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ portador(a) do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_ exerceu ou ainda exerce atividades na nessa instituição, no cargo de Médico Clínico Geral, conforme abaixo especificado:

PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TOTALIZANDO: \_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_ MESES \_\_\_\_ DIAS.

Declaramos, sob as penas do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações constantes desta declaração são a expressão da verdade.

**Observação: Informar o tempo de serviço total do candidato**

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

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição