



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

EDITAL Nº 001/2023 - SMS – CHAMADA PÚBLICA PARA MOTORISTA PARA ACT

GISLAINE APARECIDA MOTA DA SILVA, 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 Municipal de Saúde, portaria 001 /2023 será responsável pela operacionalização da Chamada Pública para Motorista.
2. A Secretaria Municipal de saúde contratará profissionais com o intuito de completar o quadro de vagas da Secretária da Saúde, em caráter de Urgência e temporário para compor a equipe, contratação, mediante Chamada Pública para o cargo de Motorista.
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, Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina, Mural da Prefeitura, e Secretaria Municipal de Saúde.
 - 3.1 Período de inscrição: 28/02/2023 à 05/03/2023 – Horário das 09hs00 às 11hs00 e das as 13hs30 às 17hs00, através do e-mail: contabilsaude@capaoalto.sc.gov.br, e presencial na secretária da Saúde. Resultado dia 07/03/2023 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. 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 17hs00.
5. A contratação será imediata, após o resultado ser divulgado, com Prazo de 03 dias para apresentação da documentação.
6. A Secretaria Municipal de Saúde respeitará todos os critérios e pré-requisitos:
 - 1º) Habilitação – Motorista;
 - 2º) Categoria - D
 - 3º) Maior Tempo de Serviço com transporte de pessoas.
 - 4º) Maior Idade
 - 5º) Número de filhos

Rua: Atilio Mortari, S/N - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : contabilsaude@capaoalto.sc.gov.br,
Telefone: (49)3237-0034/23370128/32370043



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

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

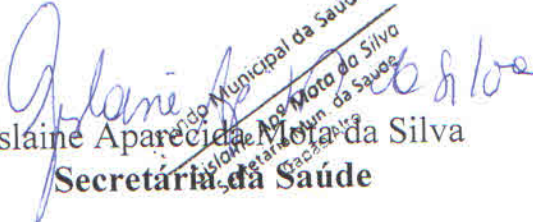
Cargo	HABILITAÇÃO MÍNIMA EXIGIDA	VENCIMENTO	VAGA
Motorista (40)h	Habilitação, categoria D ou superior, Ensino fundamental.	R\$: 1.906,89	01

*mais vale transporte e vale alimentação, insalubridade e adicional de produtividade.

5.2 – A Comissão nomeada pelo secretário, portaria nº 001/2023 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, 27/02/2023.


Gislaíne Aparecida Mota da Silva
Secretária da Saúde
Município de Capão Alto, Santa Catarina



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

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO

DADOS PESSOAIS:

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



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

ANEXO II

ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO NO TRANSPORTE DE PESSOAL

Identificação do Município

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o **Edital de Chamada Pública para Admissão de Motorista, Caráter Temporário do ano de 2023**, 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....., 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 MUNICIPAL DE SAÚDE

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 Motorista, em Caráter Temporário do ano de 2023**, 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