



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

**EDITAL Nº 002/2023 - SMS – CHAMADA PÚBLICA PARA MOTORISTA E FISIOTERAPEUTA 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 002/2023 será responsável pela operacionalização da Chamada Pública para Motorista e Fisioterapeuta.

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 e Fisioterapeuta.

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: 14/03/2023 à 20/03/2023 – Horário das 09hs00 às 11hs00 e das as 13hs30 às 17hs00, através do e-mail: [sec.saude@capaoalto.sc.gov.br](mailto:sec.saude@capaoalto.sc.gov.br), e presencial na secretaria da Saúde. Resultado dia 22/03/2023 até 17:00hs.

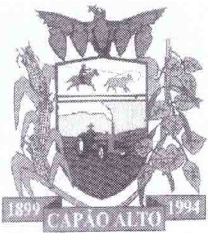
4. Os candidatos interessados deverão dirigir-se à sede da Secretaria da Saúde, ou através do e-mail [sec.saude@capaoalto.sc.gov.br](mailto:sec.saude@capaoalto.sc.gov.br) Munidos de documentos pessoais (RG e CPF), comprovação de sua habilitação, Formulário de Inscrição (Anexo I deste Edital) e comprovante de tempo de serviço (Anexo II 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 Cargo: **Motorista:**

- 1º) Habilitação – Ensino Fundamental e Carteira D;
- 2º) Maior Tempo de Serviço Como Motorista
- 3º) Maior Idade
- 4º) Número de filhos

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



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

**Fisioterapeuta:**

- 1º) Habilitação – Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso Superior em Fisioterapia com Registro no Órgão Fiscalizador do Exercício Profissional.
- 2º) Maior Tempo de Serviço
- 3º) Maior Idade
- 4º) Número de Filhos

5.1 – A habilitação mínima exigida para inscrição dos candidatos para a vaga:

**FISIOTERAPEUTA**

Cargo	HABILITAÇÃO MÍNIMA EXIGIDA	VENCIMENTO	VAGA
Fisioterapeuta (20)h	Portador do Diploma ou certificado de Conclusão de Curso Superior em Fisioterapia com Registro no órgão Fiscalizador do Exercício Profissional.	R\$: 2.648,30	01

\*mais vale transporte, vale alimentação e insalubridade

**MOTORISTA**

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

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

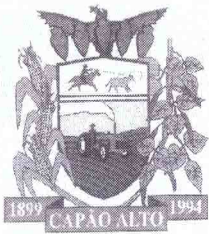
5.2 – A Comissão nomeada pela secretária, portaria nº 002/2023 deverá manifestar Parecer referente aos casos em que a classificação de candidatos não garantirem os direitos estabelecidos na legislação vigente.

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

Capão Alto, 10/03/2023.

  
Gislaíne Aparecida Mota da Silva  
**Secretária da Saúde**

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



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO

**DADOS PESSOAIS:**

NOME COMPLETO:
RG:
CPF:
ENDEREÇO:
BAIRRO:
CIDADE:
TELEFONE:
E-MAIL:
CARGO PLEITEADO:
FORMAÇÃO:
DATA DE INSCRIÇÃO:
Nº DE INSCRIÇÃO: Uso da Secretaria:



ESTADO DE SANTA CATARINA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO**  
SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

ANEXO II

ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO COMO MOTORISTA

Identificação do Município, da Instituição, CNPJ e endereço (do local da experiência)

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.....l, 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