



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
CULTURA E ESPORTE DE CAPÃO ALTO

PORTARIA Nº. 001/2024

DISPÕE SOBRE A NOMEAÇÃO DOS MEMBROS
PARA A COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DA
CHAMADA PÚBLICA 005/2024. E DÁ OUTRAS
PROVIDÊNCIAS.

LILIANE MORAES DE JESUS DA ROSA AMARAL, Secretário Municipal
de Saúde, de Capão Alto, Estado de Santa Catarina, no uso das suas atribuições legais, que lhe confere
o Art. 99, da Lei Orgânica Municipal de 22 de Novembro de 1997, resolve:

Art. 1º - Nomear os Membros da Chamada Pública:

- Laura Liz Koech – **Presidente**
- Ronaldo Damasceno Mota - **Secretária**
- Rodrigo Tonini Mota – **Membro**

Art. 2º - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as
disposições em contrário.

Cumpra-se e publique.

Capão Alto, 15 de Março de 2024.

Liliane Moraes de Jesus de Rosa Amaral

LILIANE MORAES DE JESUS DA ROSA AMARAL
Secretário de Saúde



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

EDITAL Nº 005/2024 - SMS – CHAMADA PÚBLICA PARA FISIOTERAPEUTA E MÉDICO CLÍNICO GERAL

A Prefeitura Municipal de Capão Alto/SC, através da Secretaria Municipal de Saúde, representada neste ato pelo Secretário Municipal, no uso de suas atribuições legais:

CONSIDERANDO que não há Concurso Público vigente;

CONSIDERANDO que não há processo seletivo;

CONSIDERANDO que no Concurso Público realizado no Edital nº 001/2023 não houve candidatos aprovados;

A Secretaria Municipal de Saúde torna público, pelo presente Edital, as normas para **Chamada Pública, Lei nº 676/2019**, obediência aos Princípios Constitucionais da Impessoalidade, Publicidade e Eficiência Administrativa, da seguinte forma:

1. A Comissão nomeada pela Secretária, portaria 001/2024 será responsável pela operacionalização da Chamada Pública para Fisioterapeuta, Médico Clínico Geral.

2. A Secretaria Municipal de Saúde contratará o profissionais com o intuito de completar o quadro de vagas, em caráter de urgência e temporário para compor a equipe, contratação mediante Chamada Pública para os cargos de Fisioterapeuta, Médico Clínico Geral;

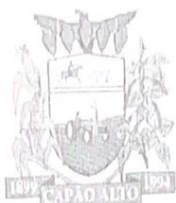
3. A divulgação acontecerá em até 24hs (vinte e quatro horas) de antecedência da inscrição, através do site da prefeitura www.secretariasaude34@hotmail.com, mural da prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde, sendo de inteira responsabilidade do candidato, acompanhar a publicação de todos os atos, e comunicados referentes a presente Chamada Pública.

3.1 Período de inscrição: Será nos dias 18/03/24 e 22/03/24 – horário das 8:00hs até às 12:00hs e das 13:00hs até às 17:00hs, na Secretaria Municipal de Saúde, situada no endereço Rua Atilio Mortari, nºS/N, Centro, de Capão Alto/SC.

3.2 Das condições de participação:

- a) Conhecer, estar de acordo e cumprir com as determinações deste Edital;
- b) Ter idade mínima de 18 (dezoito) anos completos;
- c) Ser brasileiro nato, naturalizado ou estrangeiro com visto permanente;
- d) Estar quite com as obrigações eleitorais e em gozo dos direitos civis e políticos;
- e) No caso do sexo masculino, estar quite com o serviço militar;
- f) Ensino Superior completo, e especialização na área (conforme vaga do edital);
- g) Não haver sofrido sanção impeditiva do exercício de cargo público;
- h) A inscrição do candidato implicará no conhecimento e na tácita anuência das regras e disposições estabelecidas neste Edital, às quais não poderá alegar desconhecimento.

Rua: Atilio Mortari - Capão Alto - SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : sec.educacao@capaoalto.sc.gov.br
Telefone: (49)3237-0034



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

3.3 No ato da inscrição os candidatos interessados deverão dirigir-se à sede da Secretaria Municipal de Saúde, munidos dos seguintes documentos:

- a) Formulário de inscrição preenchido (Anexo I deste edital);
- b) Cópia da carteira de identidade (RG);
- c) Cópia do CPF;
- d) Cópia do Título de Eleitor;
- e) Cópia Certidão de quitação eleitoral;
- f) Cópia PIS/PASEP
- g) Cópia do comprovante de residência atualizado (até 03 meses preferencialmente em nome do candidato);
- h) Cópia do Certificado do Curso Superior e Pós - frente e verso;
- i) Comprovante de Tempo de serviço na rede pública de ensino (Anexo III, modelo);
- j) Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos;
- k) Cópia Carteira de Reservista no caso de masculino;
- l) Declaração de acúmulo de cargo/emprego/função pública, disposto no anexo II;

3.4 O candidato que não cumprir o estabelecido no item 3.3, terá sua inscrição indeferida, ocasionando na sua desclassificação imediata desta Chamada Pública nº 001/2024;

4. A Secretaria Municipal de Saúde respeitará todos os critérios e pré-requisitos para classificação das vagas:

• **Fisioterapeuta**

- 1º Graduação em Fisioterapia e registro no Conselho Regional;
- 2º Maior tempo de Serviço na rede Pública;
- 3º Experiência na área;
- 4º Cursos complementares na área (maior número de horas do curso dos últimos 3 anos);
- 5º Maior Idade;
- 6º Número de filhos;

• **Médico Clínico Geral**

- 1º Graduação em Medicina e Registro no Conselho Regional;
- 2º Maior tempo de Serviço na rede Pública;
- 3º Experiência na área;
- 4º Cursos complementares na área (maior número de horas do curso dos últimos 3 anos);
- 5º Maior Idade;
- 6º Número de filhos;

Rua: Afílio Mortari - Capão Alto - SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : sec.educacao@capaoalto.sc.gov.br
Telefone: (49)3237-0034



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

5. A habilitação mínima exigida para inscrição e classificação dos candidatos para as vagas, é definido pelo quadro abaixo:

VAGAS	CARGA HORARIA SEMANAL	VAGAS	HABILITAÇÃO MÍNIMA EXIGIDA
Fisioterapeuta	20h/s	1	Diploma de Conclusão da graduação em Fisioterapia e Registro no Conselho Profissional. Atribuições: Executar serviços, gerais de fisioterapia, com atuação preventiva e curativa, objetivando a melhoria dos níveis de saúde física e bem estar social da comunidade. Seguir as atribuições conforme legislação competente ao cargo e do respectivo conselho da classe; núcleo de apoio à Saúde da Família nos termos da portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 e Portaria 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, ambas do Ministério da Saúde ou ainda, ato normativo posterior complementar ou substituto.(redação acrescida pela lei complementar nº 172/2019).
Médico Clínico Geral	20h/s	1	Diploma de Conclusão da graduação em Medicina e Registro no Conselho Profissional. Atribuições: executar atividades profissionais da área da saúde correspondentes a sua especialidade, tais como: diagnósticos, prescrição de medicamentos, tratamentos clínicos preventivos ou profiláticos, observadas as normas de segurança e higiene do trabalho; executar atividades de vigilância a saúde, participar do planejamento da assistência a saúde, articulando se com as diversas instituições para a implementação das ações integradas; participar do planejamento, elaboração e execução de programas de treinamentos em serviço e de capacitação de recursos humanos; participar e realizar reuniões praticas educativas junto à comunidade, integrar equipe multiprofissional promovendo a operacionalização dos serviços para assegurar o efetivo atendimento as necessidade da população; cabe ao médico realizar a atenção a saúde aos individuos sob sua responsabilidade; realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS, quando indicado ou necessário, no domicilio e / ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações,

Rua: Afílio Mortari - Capão Alto - SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : sec.educacao@capaoalto.sc.gov.br
Telefone: (49)3237-0034



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

			etc); realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário; indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; contribuir realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; executar a função de regulação de exames e consultas especializadas. (redação acrescida pela lei complementar nº 154/2018). (LC nº 151/2017)
--	--	--	--

6. Remuneração:

CARGO/FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA	REMUNERAÇÃO
Fisioterapia	20h/s	R\$: 2.807,20
Médico Clínico Geral	20h/s	R\$: 11.764,52

* Vale alimentação/transporte R\$: 700,00

7. Resultado: No dia 26/03/24 até às 17:00hs através do site, www.secretariasaude34@hotmail.com, no mural da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Esporte.

7.1 O Classificado deverá comparecer à medida que forem convocados pela Secretaria Municipal de Saúde, munidos dos documentos descritos no item 3.3.

8. A Comissão nomeada pela secretária, portaria nº 001/2024 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.

9. Este edital entra em vigor na data de sua publicação.



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

Capão Alto, 15 de Março de 2024.

Liliane Moraes de Jesus da Rosa Amaral
Secretário Municipal



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

Nº da inscrição: _____

ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

DADOS PESSOAIS:

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

Declaro que tomei conhecimento de todos os itens descritos no edital que rege esta Chamada Pública e aceito todas as condições nele descritas, se convocado para contratação, apresentarei todos os documentos originais, devidamente listados no item 3.3 do edital.

Capão Alto, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do Candidato



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

ANEXO II-
DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO PÚBLICA

Nome _____
CPF _____ Cargo/Função _____

Pelo presente, declaro, com base nos termos do artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal de 1988, e artigo 155 e 157 da Lei nº 7.502, de 20 de dezembro de 1990, que: () Não exerço outro cargo, emprego ou função na administração pública.

() *Exerço o cargo/emprego/função de _____ órgão _____ (Estadual, Municipal ou Federal) Matrícula nº _____ e não possuo outro vínculo nas demais esferas e INSS.

() Não tenho aposentadoria/reserva/reforma nas esferas Municipal, Estadual, Federal, nem no INSS.

() Tenho aposentadoria/reserva/reforma na esfera _____, (Federal, Estadual, Municipal ou INSS) no Cargo de _____, sob matrícula nº _____ e não possuo aposentadoria nas demais esferas restantes.

() Estou ciente de que pela inexistência, omissão, falsidade ou qualquer outro vício na presente declaração estará sujeito (a) aos procedimentos e cominações legais cabíveis à espécie.

Capão Alto, ____ de _____ de 2024.

Assinatura legível

* Em caso do (a) declarante ser detentor de cargo acumulável, deverá apresentar declaração de carga horária para fim de compatibilidade de horário, expedida pelo Departamento de Recursos Humanos do Órgão.



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

ANEXO III
ATESTADO DE TEMPO DE SERVIÇO NA REDE PÚBLICA
(MODELO)

(papel timbrado, CNPJ, endereço)

Atestamos para fins de contagem de tempo de serviço, conforme estabelece o Edital de Chamada Pública para Admissão de _____ em Caráter Temporário do ano de 2024, que o Senhor(a) _____, nascido(a) em ____/____/____ portador(a) do documento de identidade nº _____ e CPF nº _____ exerceu ou ainda exerce atividades no _____ nessa instituição, no cargo de _____, 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