



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

EDITAL N° 007/2024 - SMS – CHAMADA PÚBLICA PARA FARMACÊUTICO

A Prefeitura Municipal de Capão Alto/SC, através da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico, representada neste ato pela Secretária 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 n° 001/2023 não houve candidatos aprovados;

A Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico, torna público, pelo presente Edital, as normas para **Chamada Pública, Lei n° 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 o Cargo de Farmacêutico.
2. A Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico 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 Publica para o Cargo de Farmacêutico;
3. A divulgação acontecerá em até 24hs (vinte e quatro horas) de antecedência da inscrição, através do site da prefeitura www.capaoalto.sc.gov.br, 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 dos dias 05/06/24 ao dia 10/06/24 – horário das 8:00hs até às 12:00hs e das 13:00hs até às 17:00hs, na Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico, situada no endereço Rua Atílio Mortari, n°S/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);

Rua: Atílio Mortari - SN - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : secretariasaude34@hotmail.com
Telefone: (49)3237-0034



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

- 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.

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) Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos;
- j) Cópia Carteira de Reservista no caso de masculino;
- k) Declaração de acumulo de cargo/emprego/função pública (**Anexo II deste edital**);
- l) Comprovante de Tempo de serviço na rede pública de ensino (**Anexo III, deste edital**);

As informações prestadas são de exclusiva responsabilidade do candidato.

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 007/2024;

3.5 A impugnação a este edital, poderá ser efetuada por qualquer cidadão, no prazo de 02 (dois) dias úteis, após sua publicação, mediante requerimento PROTOCOLADO junto a Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico.

4 SELEÇÃO/PONTUAÇÃO

4.1 A Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico seguirá pela Seleção/Pontuação dos inscritos e respeitará os seguintes critérios:

- 1- Títulos: Critério para apuração dos pontos.
- 2- Tempo de Serviço na Área devidamente comprovados, por declaração de tempo de serviço ou cópia da carteira de trabalho (frente e verso, (dados pessoais) /páginas contendo registro).



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

5 CARGO

• **Farmacêutico**

- 1º Doutorado: 4 pontos
- 2º Mestrado: 3 pontos
- 3º Pós-Graduação: 2 Pontos
- 4º Conclusão de Cursos Extracurriculares específicos da área-0,01ponto (para cada curso);
- 5º Tempo de Serviço na Área: 0,25 ponto (por ano)

6. 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
Farmacêutico	40h/s	1	Portador do Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso Superior em Farmácia com Registro no Órgão Fiscalizador do Exercício Profissional. Responsabilidade técnica da farmácia do Município; planejamento de uso de medicamento e acompanhamentos geral das atividades de farmácia; controle da entrada e saída de medicamentos da Unidade Básica do Município; seguir as atribuições conforme legislação atinente ao cargo e do respectivo Conselho de Classe. (LCnº151/2017)

6. Remuneração:

CARGO/FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA	REMUNERAÇÃO
Farmacêutico	40h/s	R\$: 3.417,16

* Vale alimentação/transporte R\$: 950,00

7. CRITÉRIOS DE DESEMPATE

- a) Candidato de maior idade, nos termos do Artigo 27, parágrafo único, da Lei Federal nº10.741/03, completado até o último dia da inscrição para a presente chamada pública;

Rua: Atilio Mortari - SN - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : secretariasaudef34@hotmail.com
Telefone: (49)3237-0034



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

- b) Maior tempo de atuação na área devidamente comprovado por declaração de tempo de serviço ou cópia da carteira de trabalho (frente e verso (Dados Pessoais) / Páginas contendo registros)

8. AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR

Os candidatos deverão apresentar todos os documentos elencados no Item 3.3, no Ato da inscrição. Não serão recebidos documentos fora do prazo, local e horário- estabelecido neste edital. Uma vez entregues os documentos, não serão aceitos acréscimos de outros documentos. A análise dos requerimentos de inscrição e documentação apresentada.

8.1 RESULTADO PRELIMINAR

Após analisadas as inscrições pela Comissão, será lançado no Edital homologado a Classificação da Chamada Pública, no dia 12/06/2024 até às 17:00hs através do site, www.capaoalto.sc.gov.br, no mural da Prefeitura e também no mural da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico.

9. RECURSOS

- a) Poderão os candidatos inscritos apresentar recursos da Classificação Preliminar no prazo de 24horas, após a data prevista no item 8.1,
- b) Os recursos deveram ser PROTOCOLADOS junto a Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico.
- c) Os recursos serão analisados pela Comissão, até 24horas após o prazo previsto na alínea “a” do item 9;
- d) A Classificação e resposta dos recursos serão apresentados em até 24horas após análise dos mesmos.

9.1 A Comissão nomeada pela secretária, portaria nº001/2024 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.

10. HOMOLOGAÇÃO

A contratação se dará após da homologação da presente chamada pública. O candidato selecionado que não aceitar a vaga ou não comparecer no local, dia e horário designado será desclassificado, seguindo a classificação subsequente



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

Este edital entra em vigor na data de sua publicação.

Capão Alto, 04 de junho de 2024.

Liliane Moraes de Jesus da Rosa Amaral
Secretária Municipal

Rua: Atilio Mortari - SN - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : secretariasau34@hotmail.com
Telefone: (49)3237-0034



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

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.

**Rua: Atilio Mortari - SN - Capão Alto - SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : secretariasau34@hotmail.com
Telefone: (49)3237-0034**



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

Capão Alto, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do Candidato

**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 inexatidão, 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

Rua: Atilio Mortari - SN - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : secretariasaude34@hotmail.com
Telefone: (49)3237-0034



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

* 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.

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 ____/____/____

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 MUNICIPAL DE SAÚDE
E SANEAMENTO BÁSICO**

**Rua: Atilio Mortari - SN - Capão Alto – SC - CEP: 88.548-000.
CNPJ : 15.408.168/0001-08 - e-mail : secretariasau34@hotmail.com
Telefone: (49)3237-0034**