



**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:

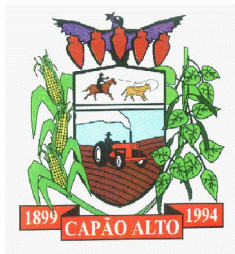
1. A Comissão nomeada pela Secretária, portaria 001/2024 será responsável pela operacionalização da Chamada Pública para o Cargo de Farmacêutico.
2. A Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento Básico contratará o profissionais com o intuito de completar o quadro de vagas, em caráter de Urgência e temporário 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](http://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 : secretariasau34@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 : secretariasau34@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](http://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

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**

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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





**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**