



**Estado de Santa Catarina
Município de Herval d'Oeste**

EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2022/SMS

Estabelece normas para Chamada Pública de Médico destinado a prover vagas temporárias de excepcional interesse público na Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências.

O Prefeito do Município de Herval d'Oeste-SC, no uso de suas atribuições legais e tendo por base a Lei Complementar nº 313/2013 de 22 de outubro de 2013, baixa este Edital e torna públicas as normas para contratação de Médico para atuar junto as Estratégias Saúde da Família, em caráter temporário de excepcional interesse público, conforme a necessidade e conveniências do Município de Herval d Oeste, para provimento de vaga no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e;

Considerando a **inexistência de aprovados** no processo seletivo 001/2022, torna públicos os procedimentos para a CHAMADA PÚBLICA de Médico destinada ao provimento de vagas temporárias na Secretaria Municipal de saúde.

I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 A comissão, nomeada por Decreto Municipal nº 4.697/2022 de 22 julho de 2022, deverá realizar teste seletivo de forma simplificada nominada de Chamada Pública, para suprir a necessidade temporária de excepcional interesse público nas Estratégias Saúde da Família para provimento de vagas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde para o cargo de Médico.

1.2 Os candidatos habilitados e classificados neste processo serão regidos pelo regime administrativo e ficarão vinculados ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, como contribuintes obrigatórios do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, conforme Lei Complementar nº 313/2013.

II – DOS CARGOS, REMUNERAÇÕES, VAGAS, CARGA HORÁRIA e REQUISITOS:



Estado de Santa Catarina
Município de Herval d'Oeste

| CARGO | REMUNERAÇÃO | VAGAS | CARGA HORÁRIA | REQUISITOS |
|--------|--|---------|---------------|--|
| Médico | R\$ 16.195,73 + R\$ 268,23 (insalubridade) | 02 + CR | 40h | Conclusão do Curso de Medicina e registro no CRM |

III – DAS INSCRIÇÕES

3.1 Os candidatos interessados em participar do processo simplificado deverão encaminhar ao e-mail saude@hervaldoeste.sc.gov.br, até o dia **27/07/2022 - às 17h:**

A. Obrigatoriamente:

- I. Formulário de inscrição devidamente preenchido e assinado (Anexo I);
- II. Cópia dos documentos pessoais (RG, CPF);
- III. Comprovação de habilitação conforme exigência (Curso de Medicina e registro no CRM);

B. Como critério de desempate:

- IV. Comprovação de residência médica em Saúde da Família ou correlata;
- V. Comprovação de conclusão em curso de especialização em saúde da família ou correlato;
- VI. Comprovação de tempo de serviço em Saúde da Família (atestado do órgão a que foi vinculado no período em que prestou o referido serviço).

IV - DA CLASSIFICAÇÃO

4.1 Os candidatos classificados serão chamados obedecendo à ordem decrescente de pontos, conforme critérios abaixo:

- I. Comprovante de Residência Médica em saúde da família ou correlata – 2 pontos;
- II. Comprovante de conclusão de curso de especialização em saúde da família ou correlato – 1 ponto;
- III. Tempo de serviço – 0,5 pontos para cada ano apresentado;

4.2 Em caso de empate serão utilizados os seguintes critérios:

- I. Maior Idade;
- II. Sorteio entre os candidatos.

4.3 A classificação provisória será publicada no Diário Oficial dos Municípios e no site oficial do Município de Herval d'Oeste – SC, em **28/07/2022**.



Estado de Santa Catarina Município de Herval d'Oeste

V – DOS RECURSOS

5.1 Caso haja discordância em relação à decisão, poderá o candidato apresentar recurso via e-mail “saúde@hervaldoeste.sc.gov.br”, **na mesma data da publicação do resultado da chamada pública em questão.**

5.2 O recurso deverá ser individual, com indicação daquilo que o candidato se julgar prejudicado, e devidamente fundamentado.

5.3 O candidato deverá ser claro, consistente e objetivo em seu pleito. Recurso inconsistente, apresentado antes do início do prazo estabelecido para a interposição, extemporâneo, intempestivo, sem fundamentação, sem pedido e sem a identificação do candidato (nome completo e CPF) será preliminarmente indeferido e não conhecido.

5.4 Serão rejeitados, também, aqueles recursos enviados por outro meio que não o previsto neste Edital.

5.5 A decisão será homologada pelo chefe do Poder Executivo Municipal, irrecorrível, consistindo em última instância para recursos, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos administrativos adicionais.

VI – DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 Para efeito da contratação, fica o candidato sujeito à aprovação em exame médico admissional (custeado pelo candidato) segundo a natureza e especificidade da função, respectiva área de atuação e à apresentação, no prazo legal, dos documentos exigidos no ato de convocação pelo realizado pelo setor de Recursos Humanos do município.

6.2 O prazo de validade da chamada pública será de um ano, podendo ser renovada por igual período, sendo que a contagem do prazo de validade da Chamada Pública será considerada a data da publicação da homologação do resultado final.

6.3 A publicação do resultado final e homologação do Processo Seletivo Simplificado, findados todos os recursos, será disponibilizada no Diário Oficial dos Municípios e no site da Prefeitura de Herval d'Oeste.

6.4 É de total responsabilidade do candidato preencher corretamente todas as informações na ficha de inscrição, bem como, a entrega da documentação correta, sendo que a falta de informações ou documentação representará a desclassificação do candidato.

6.5 Os casos omissos do presente Edital serão regulados por ato próprio emitido pela Comissão nomeada para acompanhamento deste processo seletivo.



Estado de Santa Catarina
Município de Herval d'Oeste

- 6.6 Fica eleito o Foro da Comarca de Herval d'Oeste para dirimir questões advindas da presente Chamada Pública.
- 6.7 Este Edital entra em vigor na data de sua publicação.

Herval d'Oeste - SC, 22 de julho de 2021.

MAURO SÉRGIO MARTINI
Prefeito Municipal



**Estado de Santa Catarina
Município de Herval d'Oeste**

**ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
CHAMADA PÚBLICA DE MÉDICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

| | |
|-------------------------------|------|
| Nome do participante: | |
| Data de nascimento: | |
| RG: | CPF: |
| Estado civil: | |
| Escolaridade: | |
| Nacionalidade: | |
| Endereço: | |
| Telefone para contato: | |
| Endereço eletrônico (e-mail): | |

Assinatura do participante