

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

Edital nº. 001/2020

ABERTURA DE INSCRIÇÕES PARA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 03/2020 DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE - MS.

A **PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE**, no uso de suas atribuições conferidas pelo Estatuto da Fundação de Saúde Pública do Município de São Gabriel do Oeste, no artigo 22, alínea b, e considerando o disposto no art. 37, inciso IX, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Municipal nº 908/2013, de 24 de setembro de 2013, torna público que **realizará PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 003/2020 para formação de CADASTRO DE PROFISSIONAIS INTERESSADOS EM FIRMAR EVENTUAL CONTRATO TEMPORÁRIO** com a Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste, nas condições e regras estabelecidas no presente Edital.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 O Processo Seletivo Simplificado tem por objeto constituir cadastro de reserva de profissionais habilitados e interessados em contratação temporária para os cargos/funções descritos no **Anexo I** deste Edital, sendo realizado com a finalidade de suprir a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos casos previstos no artigo 2º da Lei Municipal nº 908/2013, de 24 de setembro de 2013.

1.2 O Processo Seletivo Simplificado será coordenado e executado por comissão organizadora constituída especialmente para esse fim.

1.3 O Processo Seletivo Simplificado consiste em análise curricular com caráter eliminatório e classificatório.

2. DAS INSCRIÇÕES

2.1. As inscrições serão realizadas no período de **30 de Junho de 2020, das 7h às 11h e das 13h às 17h**, na Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste, localizada na Rua João Evangelista Rosa, 1156 Centro, nesta Cidade.

2.2. A inscrição será realizada mediante apresentação de *Curriculum*, conforme modelo constante no **Anexo III** deste edital, Comprovante de Escolaridade para o cargo pretendido, acompanhado da respectiva documentação referente a títulos.

2.2.1. O curriculum e os respectivos títulos deverão ser entregues em envelope lacrado com a seguinte identificação:

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO NÚMERO: 003/2020-FUNSAÚDE		
Cargo pretendido:	Número da Inscrição:	
Candidato:		
Endereço:	Nº.:	
Cidade:	Bairro:	
Estado:	CEP:	Telefones:
E-mail:		

2.2.2. Somente serão aceitas as inscrições elaboradas utilizando-se do modelo que consta do **Anexo II** deste Edital.

2.2.3. Será aceito somente **UM** envelope por candidato.

2.3. A inscrição implica no conhecimento e na aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital e seus anexos, bem como de todo o teor da Lei Municipal nº 908/2013, das quais o candidato não pode alegar desconhecimento.

2.4. É de responsabilidade do candidato, a atualização de seus dados cadastrais, tais como: endereço completo, telefones e de endereço eletrônico (e-mail), nos casos de alteração ocorrida após a inscrição.

2.5. As informações dos dados cadastrais prestadas no ato da inscrição serão de exclusiva responsabilidade dos candidatos.

2.6. É vedada a inscrição condicional, a extemporânea, a via postal, a via fax ou a via correio eletrônico.

3. DOS TÍTULOS

3.1. O curriculum e os respectivos serão aferidos por Comissão de Avaliação de Títulos, observados os critérios e o valor correspondente em pontos explicitados nos quadros abaixo:

	TÍTULOS	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1.	Doutorado (especialização <i>stricto sensu</i>)	10 pontos	10 pontos
2.	Mestrado (especialização <i>stricto sensu</i>) na área de conhecimento relacionada ao cargo/função descrita no ato de inscrição.	09 pontos	09 pontos
3.	Mestrado (especialização <i>stricto sensu</i>) em qualquer área de conhecimento.	08 pontos	08 pontos
4.	Pós-graduação, <i>lato sensu</i> , com duração mínima de 360 horas, na área de conhecimento relacionada ao cargo/função descrita no ato de inscrição.	07 pontos	07 pontos
5.	Pós-graduação, <i>lato sensu</i> , com duração mínima de 360 horas, em qualquer área de conhecimento.	06 pontos	06 pontos
6.	Curso de Graduação (exceto para cargos cujo requisito mínimo seja a escolaridade em nível	05 pontos	05 pontos

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

	superior).		
7.	Conclusão do ensino (para os cargos cujo requisito seja o ensino fundamental completo ou incompleto).	04 pontos	04 pontos
8.	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com carga horária acima de 120 horas-aula nos últimos 05 anos.	03 pontos	15 pontos
9.	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com carga horária de 80 horas a 119 horas-aula nos últimos 05 anos.	02 pontos	10 pontos
10.	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com carga horária de 60 horas a 79 horas-aula nos últimos 05 anos.	1,5 pontos	06 pontos
11.	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com carga horária de 40 horas a 59 horas-aula nos últimos 05 anos.	01 ponto	05 pontos
12.	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com carga horária de 08 horas a 39 horas-aula nos últimos 05 anos.	01 ponto	04 pontos
13.	Tempo de Serviço Prestado na área pública ou privada em cargo ou função descrita no ato de inscrição.	05 pontos por ano	25 pontos
14.	Tempo de Serviço prestado em qualquer cargo ou função na área da saúde.	04 pontos por ano	20 pontos
15.	Tempo de Serviço prestado do Poder Público em qualquer cargo ou função.	03 pontos por ano	15 pontos
PONTUAÇÃO TOTAL			149 pontos

3.2. Não serão computados documentos que não consignem, de forma expressa e precisa, as informações necessárias à sua avaliação, assim como aqueles cujas cópias estiverem ilegíveis, mesmo que parcialmente.

3.3. Para efeito de pontuação, cada título será considerado uma única vez.

3.4. Cada título será avaliado de acordo com a carga horária expressa, não sendo permitida a soma de carga horária de mais de um título para o mesmo item.

3.5. Não serão considerados os certificados cuja carga horária seja incompatível com o período de realização da atividade.

3.6. Não serão consideradas as frações de tempo de serviço inferiores a 01 (um) ano.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

- 3.7.** Não serão computados os tempos de serviço exercidos simultaneamente.
- 3.8.** Todo documento, expedido em língua estrangeira, somente será considerado quando traduzido para a Língua Portuguesa, por tradutor público.
- 3.9.** Os documentos de conclusão de curso de graduação ou pós-graduação, expedidos em língua estrangeira, deverão estar revalidados por Instituição de Ensino Superior no Brasil, conforme Art. 48 da Lei nº 9394/96, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
- 3.9.** A Comissão de Avaliação da Prova de Títulos não analisará documentos que não expressem com clareza o objetivo do evento, associado ao cargo/função.
- 3.10.** A apresentação de documento que não coadune com a verdade implicará na eliminação do candidato, mediante publicação em edital.
- 3.11.** A apresentação de documento com rasuras ou alterações em qualquer informação, se comprovadas e a falta da assinatura do candidato, será caracterizado fraude e implicará na eliminação do candidato, mediante publicação em edital.
- 3.12.** Os títulos, após sua entrega, não poderão ser substituídos ou devolvidos e não será permitido acrescentar outros títulos aos já entregues.
- 3.13.** A nota dos títulos será a soma dos pontos obtidos com a titulação apresentada.
- 3.14.** O resultado da análise curricular será divulgado através de Edital Específico que será publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, e disponibilizado nos endereços eletrônicos, www.saogabriel.ms.gov.br e, facultativamente, em outros órgãos da imprensa.
- 3.15.** Caberá recurso à Comissão Organizadora do Processo Seletivo no prazo de 02 (dois) dias após a publicação do resultado.

4. DO RESULTADO PRELIMINAR

- 4.1.** O resultado preliminar será divulgado através de Edital Específico que será publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, e disponibilizado nos endereços eletrônicos, www.saogabriel.ms.gov.br e, facultativamente, em outros órgãos da imprensa.
- 4.2.** Caberá recurso à Comissão Organizadora do Processo Seletivo no prazo de 02 (dois) dias após a publicação do resultado.

5. DA CLASSIFICAÇÃO FINAL

- 5.1.** A classificação final dos candidatos será realizada pela ordem decrescente da Nota Final obtida no Processo Seletivo.
- 5.1.1.** Serão classificados os 10 (dez) primeiros candidatos que obtiverem as maiores pontuações.
- 5.2.** Havendo empate na classificação final serão utilizados os critérios de desempate:
- a)** Idade mais elevada, desde que o candidato tenha mais de 60 (sessenta) anos conforme determina o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.471/2003);
 - b)** Maior pontuação no item Tempo de Serviço prestado do Poder Público em cargo ou função descrita no ato de inscrição no âmbito da Política de Assistência Social;
 - c)** Maior pontuação no item Tempo de Serviço prestado do Poder Público em cargo ou função descrita no ato de inscrição (qualquer política pública).
- 5.3.** A classificação final do Processo Seletivo Simplificado será homologada pela Presidente da Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste//MS e divulgado através de Edital Específico que será publicado no Diário Oficial dos Municípios do

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

Estado de Mato Grosso do Sul, e disponibilizado nos endereços eletrônicos, www.saogabriel.ms.gov.br e, facultativamente, em outros órgãos da imprensa.

6. DA CONTRATAÇÃO

6.1. A contratação terá como fundamento legal o art. 37, inciso IX, da Constituição Federal, regulamentada pela Lei Municipal n. 908/2013 e será efetivada exclusivamente nas hipóteses descritas nessa Lei.

6.2 O Contrato de trabalho por prazo determinado terá vigência pelo período que permanecerem os motivos da contratação, limitada a 01 (um) ano, mas podendo ser prorrogado por igual período, conforme a necessidade da administração pública, até o máximo de 02 (dois) anos.

6.2.1. O contrato de trabalho por prazo determinado poderá ser rescindido antecipadamente desde que cessadas as situações excepcionais e de interesse público que justificaram a contratação, sem direito à indenização.

6.3 A remuneração será equivalente ao valor inicial previsto para o cargo no qual se inscreveu o candidato, conforme Tabela de Vencimentos e Remuneração do Plano de Cargos da Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste.

6.4 Quando da convocação o candidato deverá comparecer no local, data e horário estabelecido e divulgado em edital próprio, portando o original e 01 (uma) fotocópia dos seguintes documentos:

- a) Cédula de Identidade /RG;
- b) CPF (regularizado);
- c) Título de Eleitor com domicílio em São Gabriel do Oeste, conforme Lei Municipal;
- d) Comprovante de votação ou justificativa de ausência na última eleição
- e) CTPS – Carteira de Trabalho Profissional (foto e qualificação civil);
- f) PIS/PASEP;
- g) Certidão de nascimento ou casamento;
- h) Certidão de nascimento do(s) filho(s);
- i) Cartão de vacina do(s) filho(s) (para menores de 14 anos);
- j) Declaração da escola, para provar que está matriculado (para menores de 14 anos) (guia original, não precisa cópia);
- k) Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone fixo);
- l) 01 (uma) foto 3x4 recente e colorida;
- m) Certificado militar se homem (até 31/dezembro do ano em que completar 45 anos – Art. 5º Lei 4375/64);
- n) Comprovante de escolaridade exigida para exercício do cargo ou função;
- o) Comprovante do tipo sanguíneo;
- p) Número de conta bancária no banco determinado pela Prefeitura Municipal;
- q) Exame admissional;
- r) Telefone para contato;
- s) E-mail;

6.5. Não será contratado o candidato que:

- a) não possua os requisitos para a contratação;
- b) não tenha interesse pelas vagas ofertadas ou não possa assumi-las por incompatibilidade de horário com outra atividade ou outro cargo deverá assinar documento da desistência.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

6.6 Na ocorrência das hipóteses do item 6.5 será convocado o próximo candidato, conforme a ordem de classificação final do processo seletivo.

6.6.1 O candidato convocado que não comparecer para apresentação dos documentos ou assinatura no contrato no prazo de **02 (dois) dias** após a convocação ou manifeste ausência de interesse na contratação será eliminado do Processo Seletivo.

6.7. Serão aceitos apenas os documentos entregues pessoalmente ou por meio de procurador. O procurador poderá ser constituído por meio de procuração particular, desde que com reconhecimento de firma em cartório.

6.8 No ato de sua contratação, o candidato deve preencher Ficha com Declaração de Acúmulo de Cargo, disponível no Departamento de Recursos Humanos da Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste e, havendo a possibilidade de acumulação de cargos, a compatibilidade de horário entre a vaga ofertada com outra atividade é de inteira responsabilidade do contratado.

6.9. As atribuições das funções serão conforme estabelecidas no Plano de Cargos e Carreiras da Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste.

7. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. O candidato temporariamente contratado para preenchimento de cargo vago, terá o contrato rescindido antecipadamente após a posse do servidor aprovado em concurso público, sem direito à indenização de qualquer natureza, e retornará para o banco de dados sendo reclassificado no final da lista de classificação.

7.2. Comprovada, a qualquer tempo, a irregularidade ou falsidade nos documentos apresentados, o candidato será excluído do Processo Seletivo Simplificado, rescindido o contrato e expedido comunicado ao Ministério Público.

7.3. O candidato não será contratado se tiver se enquadrado em quaisquer das situações abaixo:

I. Nos últimos dois anos:

a) Demissão ou Exoneração do Serviço Público, após Processo Administrativo, comprovada culpa;

b) Rescisão Contratual, após Sindicância;

II. Nos últimos 05 (cinco) anos:

a) Condenação criminal transitada em julgado.

7.4. As cópias dos documentos apresentados não serão devolvidas.

7.5. O Processo Seletivo Simplificado, disciplinado por este Edital, terá a validade de um ano a contar de sua homologação, podendo ser prorrogado pelo período máximo de dois anos.

7.6. Não havendo candidatos disponíveis para contratação na lista do Processo Seletivo Simplificado, a FUNSAÚDE poderá convocar outros interessados, independente de seleção, de formar a garantir o interesse público e a continuidade dos serviços.

7.7. O presente edital poderá ser impugnado no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após a sua publicação.

7.08. Os casos omissos serão resolvidos Pela Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado.

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO
GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE**

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

São Gabriel do Oeste, 26 de Junho de 2020.

DULCINEIA APARECIDA MUNHOZ VAL
Presidente da FUNSAÚDE

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

ANEXO I CARGOS /ATRIBUIÇÕES ESCOLARIDADE EXIGIDA/SALÁRIO

1. ENFERMEIRO

1.1. Dos requisitos eliminatórios da Função de Enfermeiro.

- a) certificado de conclusão do curso em Enfermagem;
- b) comprovante de registro no respectivo conselho da classe.

1.2. Das Atribuições da Função de Enfermeiro.

Compete ao Enfermeiro, planejar as atividades diárias do setor de sob sua responsabilidade ou em que esteja lotado; supervisionar os trabalhos prestados pela equipe de enfermagem; prestar assistência direta a pacientes graves e realizar procedimentos de maior complexidade; padronizar normas e procedimentos de enfermagem e monitorar o processo de trabalho; obedecer às normas técnicas de biossegurança na execução de suas atribuições; planejar e colaborar com os programas de capacitação e participar de projetos de pesquisa desenvolvidos pela Fundação; Realizar transferência de pacientes; executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função; Participar de cursos e capacitações relacionadas às atribuições do cargo; Executar outras tarefas de competência do profissional da enfermagem voltadas para o cumprimento das finalidades da Fundação.

1.3. Da Jornada de Trabalho

Carga horária de 44 horas semanais.

1.4. Salário: R\$ 5.148,00

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO
GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE**

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

ANEXO II
Formulário de Inscrição

Ficha de Inscrição Nº: _____

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO NÚMERO: 003/2020-FUNSAÚDE

Função pretendida: _____

Candidato: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ nº _____ Bairro _____

Estado: _____ CEP: _____ Telefones: _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: _____ CPF: _____

Declaro que ao fazer esta inscrição, assumo integral responsabilidade pela minha opção de inscrição, pelas informações aqui prestadas e aceito os termos do Edital que regulamenta o Processo Seletivo Simplificado III e seus anexos.

São Gabriel do Oeste, _____ de Junho de 2020.

Assinatura do candidato ou responsável pela inscrição por extenso

-----Recortar Aqui -----



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E ENTREGA DE CURRÍCULO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO III – Edital n.º 001/2020/FUNSAÚDE

NOME: _____

Ficha de Inscrição Nº _____

FUNÇÃO: _____

Fundação de Saúde Pública do Município de São Gabriel do Oeste

São Gabriel do Oeste, _____ de Junho de 2020.

Nome do Servidor Responsável: _____

Assinatura do Servidor Responsável: _____

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

ANEXO III MODELO DE CURRÍCULO

01 – NOME (sem abreviaturas) _____
02 – ENDEREÇO: _____
03 – CEP: _____ 04 – TELEFONE: _____ 05 – CELULAR _____
06 – E-MAIL: _____
07 – DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ 08 – ESTADO CIVIL: _____
09 – SEXO: M () F () 10 – NATURALIDADE: _____
11 – FILIAÇÃO PAI: _____ MÃE: _____
12 – IDENTIDADE: _____ 13 – ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____
14 – CPF: _____
15 – TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____
16 – PROFISSÃO: _____

II – FORMAÇÃO ESCOLAR OU ACADÊMICA (Nome do Curso, Instituição e ano de conclusão):

III – CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO:

IV – CAPACIDADE TÉCNICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Especificar local, duração e resumo das atividades desenvolvidas na área de atuação pretendida dos **últimos 05 (cinco) anos**.

INSTITUIÇÕES ONDE TRABALHOU: _____

CARGOS OCUPADOS, FUNÇÕES EXERCIDAS e respectivos períodos:

V – PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS, CONFERÊNCIAS, SEMINÁRIOS, (nos últimos 05 (cinco) anos, com carga horária):

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO
GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE**

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

**OS DOCUMENTOS ORIGINAIS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS
ELEMENTOS DECLARADOS SERÃO APRESENTADOS NA HORA DA EVENTUAL
CONTRATAÇÃO.**

**DECLARO QUE ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS
INFORMAÇÕES APRESENTADAS NESTE DOCUMENTO.**

São Gabriel do Oeste, ____ de _____ de 2020.

ASSINATURA DO CANDIDATO