SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OLINDA

EDITAL Nº 2023.1

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA EMERGENCIAL

**A Secretaria de Saúde do Município de Olinda-PE**, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a necessidade temporária de excepcional interesse público fundamentado na Lei Municipal 5323/2002, torna pública a abertura das inscrições para o Processo Seletivo Simplificado destinado à contratação de profissionais para suprir demandas do município.

1 DO REGIME DE TRABALHO CONFORME DECRETO MUNICIPAL Nº 011/2023 QUE ALTORIZA A SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA, DAS VAGAS, DA FORMAÇÃO ACADÊMICA EXIGIDA E DA REMUNERAÇÃO MENSAL.

1.2As informações referentes às áreas de conhecimento, ao regime de trabalho, ao número de vagas, à formação acadêmica exigida e à remuneração mensal constam do **Anexo I** deste edital.

2 DOS REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO.

* 1. Para a inscrição, o candidato deverá satisfazer as seguintes condições:

1. Ser brasileiro nato ou naturalizado, ou ainda, no caso de estrangeiro, estar com situação regular no país, por intermédio de visto permanente ou temporário que o habilite, inclusive, a trabalhar no território nacional;
2. Apresentar o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, em caso de nacionalidade estrangeira;
3. No caso de nacionalidade portuguesa, o candidato deverá estar amparado pelo Estatuto de Igualdade entre Brasileiros e Portugueses, com reconhecimento do gozo dos direitos políticos, nos termos do Decreto nº. 70.436, de 18/04/1972;
4. Ter idade mínima de 18 (dezoito) anos;
5. Estar em pleno gozo dos direitos políticos;
6. Estar quite com as obrigações militares e eleitorais;
7. Possuir aptidão física e mental para o exercício do cargo; e em caso de ser portador de comorbidade e faltar com a verdade no exame admissional o candidato será desclassificado mesmo estando em pleno exercício.
8. Diplomas expedidos por universidades estrangeiras deverão estar revalidados e registrados, conforme legislação pertinente.

2.1 OBRIGATORIEDADES DE ANEXAR AS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES EM ORDEM CRESCENTE EM UNICO ARQUIVO PDF:

1. Ficha de Inscrição – Anexo II **(Obrigatório)**;
2. Currículo vitae, conforme modelo no Anexo III **(Obrigatório)**;
3. RG, CPF e/ou documento oficial de identificação **(Obrigatório);**
4. Título de eleitor e comprovante de quitação com a justiça eleitoral **(Obrigatório)**;
5. Certidão de nascimento/casamento/divorcio **(Obrigatório)**;
6. Comprovante de residência emitido nos útimos 90 dias **(Obrigatório);**
7. Comprovante de quitação com o serviço militar para homens **(Obrigatório);**
8. Diploma, frente e verso, ou declaração de conclusão de curso devidamente assinada e autenticada **(Obrigatório);**
9. Comprovante, na CTPS, com data de entrada e saída, e/ou declarações, com datas atualizadas de organizações/empresas devidamente reconhecidas, sendo assinadas pelo gestor, da experiência profissional em rede privada e/ou no Sistema Único de Saúde - SUS na área qual concorre **(Se houver);**
10. Cursos de capacitação em áreas correlatas às atividades inerentes ao cargo ao qual concorre **(Se houver);**
11. Certificado ou declaração de conclusão de curso de pós-graduação “lato sensu” em nível de Especialização **(se houver);**
12. Certificado ou declaração de conclusão de Residência Multiprofissional em Área da Saúde **(se houver);**
13. Diploma ou declaração de conclusão de curso de pós-graduação “stricto sensu” em nível demestrado **(se houver);**
14. Diploma ou declaração de conclusão de curso de pós-graduação “stricto sensu” em nível de doutorado, na especialidade a que concorre **(se houver).**

2.2São considerados documentos oficiais de identificação: Carteiras expedidas pelos Comandos Militares, pelas Secretarias de Segurança Pública, pelos Corpos de Bombeiros Militares, pelos Órgãos Fiscalizadores de Exercício Profissional (Ordens, Conselhos, etc.), Passaportes, Carteira Nacional de Habilitação (CNH) com foto, Carteiras Funcionais do Ministério Público e Magistratura, Carteiras Funcionais expedidas por Órgão Público que não estejam vencidas e valham como identidade forma da Lei.

2.3A não comprovação de qualquer um dos requisitos obrigatórios especificados nos subitem 2 e 2.1, bem como daqueles que vierem a ser estabelecidos neste edital, excluirá **automaticamente** o candidato.

3 DAS INSCRIÇÕES

3.1 A inscrição no Processo Seletivo Simplificado implica, desde logo, no conhecimento e tácita aceitação das condições estabelecidas neste edital e nos seus anexos, das quais o candidato não poderá alegar desconhecimento.

3.2 **As inscrições** estarão abertas no **período de 11/01/2023 até 20/01/2023**, podendo ser prorrogado a critério do município de Olinda/PE.

3.3 As inscrições deverão ser realizadas online através do e-mail: [secretariadesaudedeolinda@gmail.com](mailto:secretariadesaudedeolinda@gmail.com) para o qual deverá ser enviada toda documentação exigida anexada em um único arquivo, exclusivamente no formato PDF, e Descriminando, no assunto do e-mail, à vaga a qual concorre, valendo apenas a primeira inscrição, sob pena do exclusão sumária do certame.

3.4 Para formalizar a inscrição, o candidato deverá:

a) Preencher a ficha de inscrição, com letra de forma, ou digitalizada, sem rasuras, e assinalar a função desseja, com os documentos que comprovem a situação do Item 2.1, anexar todas as documentações do item 2.1 em arquivo PDF, informar no assunto do e-mail, qual a vaga que concorre, enviar o arquivo e aguardar a resposta com o número de inscrição.

b) As informações prestadas na ficha de inscrição são de inteira responsabilidade do candidato, sendo excluído do processo seletivo aquele que prestar informações inverídicas.

3.5 Não serão aceitas inscrições que não atendam aos requisitos fixados neste edital, sendo automaticamente canceladas.

3.6 Não serão aceitos como documento de identidade: Certidões de Nascimento, CPF, Títulos Eleitorais, Carteiras de Motorista (modelo antigo), Carteiras de Estudante, Carteiras Funcionais sem valor de identidade, nem documentos ilegíveis, não identificáveis e/ou danificados.

3.7 Os documentos deverão estar em perfeitas condições, de forma a permitirem, com clareza, a identificação do candidato e sua assinatura.

4 DAS VAGAS DESTINADAS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA-PCD

4.1 Do total de vagas ofertadas por Cargo/função neste Edital, o mínimo de 5% (cinco por cento) ou no mínimo 01 (uma) vaga será reservada para pessoas com deficiência, em cumprimento ao que assegura o artigo 97, inciso VI, alínea "a", da Constituição do Estado de Pernambuco, observando- se a compatibilidade da condição especial do candidato com as atividades inerentes às atribuições da função para a qual concorre.

4.2 Serão consideradas pessoas com deficiência aquelas que se enquadrem nos critérios estabelecidos pelo Decreto nº 3.298 de 20.12.1999 e suas alterações, que regulamenta a Lei Federal nº 7.853 de24/10/1989.

4.3 Os candidatos que desejarem concorrer às vagas reservadas para pessoas com deficiência deverão, no ato da inscrição, declarar essa condição e especificar sua deficiência.

4.4 Os candidatos que se declararem pessoas com deficiência, participarão da seleção pública em igualdade de condições com os demais candidatos, no que se refere ao conteúdo, avaliação e critérios de aprovação e à pontuação mínima exigida para todos os demais candidatos, em conformidade ao que determina o artigo 37 e 41 do Decreto nº 3.298/99 e suas alterações posteriores.

4.5 O candidato que não declarar, no ato da inscrição, ser pessoa com deficiência, ficará impedido de concorrer às vagas reservadas, porém, disputará as de classificação geral.

4.6 A classificação e aprovação do candidato não garantem a ocupação da vaga reservada às pessoas com deficiência, devendo ainda, quando convocado, submeter-se à Perícia Médica que será promovida pela Junta Médica do Município ou entidade por ele credenciada.

4.7 No dia e hora marcados para a realização da Perícia Médica, o candidato deve apresentar o Laudo Médico, conforme Anexo V deste Edital, atestando o tipo, o grau ou o nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID e indicando a causa provável da deficiência.

* 1. A Perícia Médica decidirá, motivadamente, sobre:

1. A qualificação do candidato enquanto pessoa com deficiência, observando obrigatoriamente os critérios estabelecidos pelo Decreto nº 3.298 de 20.12.1999;

2. A compatibilidade da deficiência constatada com o exercício das atividades inerentes à função a qual concorre, tendo por referência a descrição das atribuições da função constante deste Edital.

3. O candidato que, após a Perícia Médica, não for considerado pessoa com deficiência terá seu nome excluído da lista de classificados para as vagas reservadas. No entanto, permanecerá na lista de classificação para as vagas de concorrência geral.

4. O candidato cuja deficiência for julgada incompatível como exercício das atividades da função será desclassificado e excluído do certame.

5. Da decisão da Perícia Médica caberá Recurso Administrativo, no prazo de **02 (dois) dias úteis** do seu recebimento, endereçado à comissão de seleção simplificada da presente seleção, o qual deverá ser protocolado presencialmente na sede da Secretaria de Saúde de Olinda no endereço: Rua do Sol nº 311, CEP: 53.120-010, Carmo, Olinda, nos dias úteis, das 8:00h às 13:00h ou via e-mail.

4.9 As vagas reservadas às pessoas com deficiência que não forem preenchidas por falta de candidatos, por reprovação no certame ou por decisão da Perícia Médica, depois de transcorridos os prazos recursais, serão preenchidas pelos demais candidatos da concorrência geral observada á ordem de classificação.

4.10 Após a contratação, o candidato não poderá utilizar-se da deficiência que lhe garantiu a reserva de vaga no certame para justificar a concessão de licença ou aposentadoria por invalidez.

5 DO PROCESSO SELETIVO

O Processo Seletivo Simplificado visa o preenchimento das vagas definidas neste edital, **de acordo com a necessidade apresentada pelo município.**

**6 DA ESTRUTURA**

6.1 O Processo Seletivo Simplificado será realizado em uma única etapa constituída de:

A seleção pública simplificada de que trata este edital será realizada em uma única etapa, de caráter classificatório e eliminatório, denominada avaliação curricular, conforme dispõe o Anexo VI, deste edital, e será executada pela Comissão Especial de Organização de Seleção Pública Simplificada, responsável pela elaboração das normas, acompanhamento, fiscalização e supervisão da execução dos serviços do Processo Seletivo instituída pela **Portaria nº 02/2023–GAB/SSO**

6.2 Não haverá, sob qualquer pretexto, segunda chamada para apresentação da documentação.

6.3 Caso ocorra duplicidade de inscrição para mesma especialidade, será válida apenas a **primeira inscrição**.

6.4 Todos os resultados serão divulgados no site da Prefeitura Municipal e ou Diário Oficial (AMUPE).

O resultado final será publicado no Diário Oficial dos Municípios (AMUPE) e divulgado no site da Prefeitura Municipal de Olinda.

**7 DA PROVA DE TÍTULOS**

7.1 Os títulos deverão ser anexados junto com o restante da documentação no período de inscrição, através do e-mail: [secretariadesaudedeolinda@gmail.com](mailto:secretariadesaudedeolinda@gmail.com) em arquivo único arquivo (PDF).

7.2 Os títulos serão avaliados pelos membros da Comissão Examinadora, com base no constante do Anexo VI.

7.3 Nenhuma titulação ou experiência profissional poderá ser computada mais de uma vez.

7.4 O candidato deverá apresentar cópias legíveis dos títulos.

7.5 Não serão aceitos títulos entregues fora do período determinado neste edital.

7.6 O município de Olinda/PE não se responsabiliza por documentos enviados fora do prazo estabelecido neste edital.

8 DO RESULTADO FINAL E DA CLASSIFICAÇÃO

8.1 O resultado preliminar será divulgado no dia 27/01/2023, contendo todos os candidatos aprovados por ordem de classificação, à disposição dos candidatos para consulta no Portal Eletrônico da Prefeitura de Olinda ([www.olinda.pe.gov.br](http://www.olinda.pe.gov.br/)) e publicada em Diário Oficial do Município de Olinda.

8.2 Os candidatos serão classificados, no Resultado Final, de acordo com o escore alcançado.

8.3 O candidato poderá interpor recurso após a divulgação da listagem preliminar, de acordo com o modelo do anexo VII do presente instrumento, de forma e-mail na data indicada no calendário de atividades (anexo IV) e aguardar a confirmação de recebimento do recurso.

8.4 Caberá à Comissão Especial de Organização de Seleção Publica Simplificado, proceder à análise e julgamento do recurso.

8.5 Não serão analisados os recursos interpostos fora do prazo ou apresentados em locais diversos do estipulado neste Edital.

8.6 Não serão analisados recursos interpostos contra avaliação, pontuação ou resultado de outros candidatos.

8.7 Na interposição do recurso, será recebido apenas o formulário de recurso constante do Edital, devidamente preenchido e assinado pelo candidato. Nenhum outro documento anexado ao recurso será aceito.

8.8 Ocorrendo empate no Resultado Final, serão adotados, sucessivamente, os seguintes critérios de desempate:

8.8.1 O candidato com maior pontuação na Análise de Títulos na área pretendida;

8.8.2 O mais idoso;

8.8.3 Ter sido jurado – Lei Federal nº 11.689/2008 que alterou o art. 440 do CPP.

8.8.4 Não obstante o disposto nos subitens acima fica assegurado aos candidatos que tiverem idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, nos termos do art. 27, da Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), a idade mais avançada como critério para desempate, sucedido os outros critérios previstos.

8.9 O Resultado Final do Processo Seletivo Simplificado estará à disposição dos candidatos para consulta no Portal Eletrônico da Prefeitura de Olinda ([www.olinda.pe.gov.br](http://www.olinda.pe.gov.br/)) e publicada em Diário Oficial do Município de Olinda.

9 DA HOMOLOGAÇÃO

9.1 A homologação do resultado final do certame será publicada no Diário da AMUPE e no site [www.olinda.pe.gov.br](http://www.olinda.pe.gov.br/)

10 DA CONTRATAÇÃO

10.1 Os candidatos serão convocados para contratação, obedecendo-se à ordem de classificação, mediante correspondência com Aviso de Recebimento (AR) **e/ou telefone disponibilizados em ficha de inscrição e currículo**, bem como por intermédio do e-mail do candidato, informados na ficha de inscrição, sendo ele o único responsável por correspondências não recebidas em virtude de inexatidão dos endereços (físico e eletrônico) e número de telefone informado para Secretaria de Saúde de Olinda. O não atendimento à convocação no prazo de até 02 (dois) dias úteis, após o recebimento válido da comunicação, qualquer que seja, será automaticamente excluído da Seleção Simplificada, sendo convocado o candidato seguinte da listagem final de aprovados.

10.2 É de responsabilidade exclusiva do candidato, a correção e atualização dos seus dados cadastrais junto a Prefeitura Municipal de Olinda.

10.3 Serão de inteira responsabilidade do candidato os prejuízos decorrentes da não atualização de seus dados cadastrais.

10.4  As contratações ora autorizadas terão prazo máximo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogadas nos termos do art. 2º da lei Municipal nº 5.323/2002

10.5 As contratações somente poderão ocorrer, caso o Poder Executivo Municipal esteja observando os limites de despesas de pessoal previstos na lei de Responsabilidade Fiscal, inclusive o limite prudencial, e desde que a efetivação das contratações ora autorizadas não implique superação desses limites.

11 DA VALIDADE

O prazo de validade deste Processo Seletivo Simplificado será de 12 (doze) meses, contado a partir da data de publicação da homologação do resultado final no Diário da AMUPE, podendo ser prorrogado por igual período, desde que seja conveniente ao Município.

O candidato convocado terá o prazo máximo de 24h (vinte e quatro horas), após a emissão da certidão de aptidão, emitida pela Junta Médica do Município, para apresentar-se ao setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de Olinda, localizado na Rua do Sol, nº 311, CEP: 53.120-010 Carmo/Olinda.

12 DAS VAGAS

Os candidatos(as) classificados(as), além do número das vagas ofertadas neste edital, formarão cadastro de reservas (CR), para contratação, conforme a necessidade da Secretaria de Saúde.

13 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

A inexatidão ou a falsidade documental, ainda que verificadas posteriormente à realização do Processo Seletivo Simplificado, implicará na eliminação sumária do candidato, sendo declarada nula, de pleno direito, a inscrição, e todos os atos dela decorrentes.

14 Será excluído do Processo Seletivo Simplificado o candidato que:

14.1 Não cumprir todas as disposições contidas neste edital;

14.2 Agir com incorreção ou descortesia com qualquer membro da equipe responsável pelo Processo Seletivo Simplificado;

14.3 Serão sumariamente indeferidos todos os recursos interpostos fora dos prazos estabelecidos neste edital.

14.4 Não será fornecido ao candidato qualquer documento comprobatório de classificação, valendo para esse fim o resultado final homologado e publicado no Diário da AMUE e no site da Prefeitura Municipal de Olinda (www.olinda.pe.gov.br) sendo de total responsabilidade do candidato o acompanhamento do resultado final.

14.5 O acompanhamento das publicações de editais, avisos e comunicados relacionados ao Processo Seletivo Simplificado é de responsabilidade exclusiva do candidato.

14.6 Os candidatos classificados, quando convocado, dentro do período de vigência do certame, serão publicados no Diário da AMUPE, acessado pelo endereço eletrônico [**http://www.diariomunicipal.com.br/amupe**,](http://www.diariomunicipal.com.br/amupe) bem como, convocados através de envio de correspondência postal registrada no endereço indicado pelo candidato, e/ou telefone, como também por intermédio do e-mail, informado na ficha de inscrição.

14.7 O candidato convocado, que se recusar a assinar o contrato, será definitivamente eliminado do certame.

14.8 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão da Seleção Simplificada de Olinda/PE.

14.9 Não serão fornecidas por telefone informações a respeito de datas, e classificações dos(as) candidatos(as) da Seleção pública Simplificada. Os(as) candidatos(as) deverão acompanhar cuidadosamente os prazos e as publicações da prefeitura de Olinda.

ANEXO I

**1 - QUADRO DE VAGAS, REQUISITOS, REMUNERAÇÃO MENSAL, JORNADA DE TRABALHOE ATRIBUIÇÕES.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **FUNÇÃO** | **NÍVEL DE ESCOLARIDADE** | **QUANTITATIVO DE VAGAS** | **RESERVADAS (PCD)** | **REMUNERAÇÃO (R$)** | **CARGA HORÁRA SEMANAL** |
| **1** | MÉDICO CLÍNICO | NÍVEL SUPERIOR | 05 | 01 | 3.400,00 R$ | 20h |
| **2** | MÉDICO PEDIATRA DE URGENCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA | NÍVEL SUPERIOR | 02 | 01 | 6.500,00 R$ | 24h |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **1. MÉDICO CLINICO** |
| **REQUISITO:** Diploma, certificado ou declaração de Conclusão de Graduação de Medicina emitida por instituição oficialmente reconhecida pelo MEC, Registro no Conselho Regional de Medicina, e Especialização á área que concorre. |
| **REMUNERAÇÃO MENSAL:** R$ 3.400 (TRÊS MIL E QUATROCENTOS REAIS) |
| **CARGA HORÁRIA SEMANAL:** 20 horas |
| **REGIME:** Mensalista |
| **ATRIBUIÇÕES**: Compreender e entender a legislação e o papel do SUS; Prestar assistência médica em regime horizontal, em todos os níveis de complexidade da demanda referenciada ou não. Definir as medidas e condutas necessárias para o diagnóstico e tratamento. Atuar em regime de manejo clínico, conforme protocolo institucional com suporte diário aos pacientes atendidos por outras especialidades. Atuar como clínico; estabelecer conduta com base na suspeita diagnóstica; requisitar, analisar e interpretar exames complementares, para fins de diagnósticos e acompanhamento clínico; realizar registros nos prontuários; realizar tratamentos específicos; participar da avaliação da qualidade da assistência médica prestada ao paciente; participar de reuniões administrativas e científicas do corpo médico; preencher e assinar formulários; participar na execução dos programas de atendimento ensino e pesquisa médica e da equipe multiprofissional; emitir laudos, pareceres e relatórios; fornecer dados de interesse estatístico; planejar, coordenar, executar e avaliar atividades de assistência em saúde, intervindo com técnicas específica, individuais e/ou grupais, dentro de uma equipe interdisciplinar, nos níveis preventivos, curativos, de reabilitação e de reinserção social; desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, no nível individual e coletivo; participar, quando solicitado, das comissões necessárias à instituição; realizar triagem e admissão nos serviços de saúde; coordenar grupos operacionais e terapêuticos, elaborando pareceres e relatórios e acompanhando o desenvolvimento individual e grupal dos pacientes; realizar atividades que envolvam os familiares dos pacientes; dar suporte técnico aos programas de saúde; instituir ou utilizar fóruns pertinentes no sentido de articular a rede de serviços de proteção e atenção. |
|  |

|  |
| --- |
| **2. MÉDICO PEDIATRA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA** |
| REQUISITOS: Diploma do curso de Medicina em instituição de ensino reconhecida pelo MEC. Inscrição no Conselho Regional de Medicina. Título de especialista em Pediatria ou Cirurgia Pediátrica |
| **REMUNERAÇÃO MENSAL:** R$ 6.500,00 (SEIS MIL E QUINHENTOS REAIS) |
| **CARGA HORÁRIA SEMANAL**: 24 horas |
| REGIME: Mensalista |
| **ATRIBUIÇÕES:** Realizar atendimento na área de pediatria; desempenhar funções da medicina preventiva e curativa; realizar atendimentos, exames, diagnostico, terapêutica, acompanhamento dos pacientes e executar qualquer outra atividade que, por sua natureza, esteja inserida no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área; participar, conforme a política interna da instituição, de projetos, cursos, eventos, comissões, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão; elaborar relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade. assessorar, elaborar e participar de campanhas educativas nos campos da saúde pública e da medicina preventiva. participar, articulado com equipe multiprofissional, de programas e atividades de educação em saúde visando melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral; manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, o tratamento prescrito e a evolução da doença; realizar atendimento individual, individual programado e individual interdisciplinar a pacientes; efetuar a notificação compulsória de doenças; realizar reuniões com familiares ou responsáveis de pacientes a fim de prestar informações e orientações sobre a doença e o tratamento a ser realizado; promover reuniões com profissionais da área para discutir conduta a ser tomada em casos clínicos mais complexos; participar dos processos de avaliação da equipe e dos serviços prestados a população; orientar e zelar pela preservação e guarda dos equipamentos, aparelhos e instrumentais utilizados em sua especialidade, observando a sua correta utilização; utilizar equipamentos de proteção individual conforme preconizado pela ANVISA; colaborar com a instrução de processos administrativos ou judiciais, com a emissão de laudos ou relatórios, relativos a sua área, quando solicitado pela administração; participar de programa e treinamento, quando convocado; utilizar recursos de informática; outras atribuições afins e correlatas ao exercício do cargo. |

**ANEXO II – FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo do candidato (a):** | | | |
| **Nº RG ou CNH ou Passaporte:** | **Nº CPF:** | | **Data de nascimento:** |
| **ENDEREÇO**  Tipo de logadouro:  Logadouro:  Número:  Complemento:  Bairro:  Municipio:  CEP: | | | |
| **FONE: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **E-MAIL:** | |
| **ASSINALE (APENAS 1 VEZ) COM UM “X” NO CARGO/FUNÇÃO DESEJADA:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nº** | **FUNÇÃO** | **NÍVEL DE ESCOLARIDADE** | ASSINALE (APENAS 1 VEZ) COM UM **“X”** NO CARGO/FUNÇÃO DESEJADA: | | **1** | MÉDICO CLÍNICO | NÍVEL SUPERIOR |  | | **2** | MÉDICO PEDIATRA DE URGENCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA | NÍVEL SUPERIOR |  | | | | |
| **Data:** | | **Assinatura do candidato (a):** | |

ANEXO III

MODELO DE CURRÍCULO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados Pessoais** | **Nome completo:** | | | |
| **Data de Nascimento:** | | **Sexo:** | |
| **Endereço**   * **Tipo de logadouro:** * **Logadouro:** * **Número:** * **Complemento:** * **Bairro:** * **Municipio:** * **CEP:** | | **Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **E-mail:** | | | |
|  | **Cargo/Função a que concorre (dentro das categorias apresentadas no edital 2022/02):** | | | |
| **Formação** | **Formação** | **Instituição da Formação** | | **Data da conclusão** |
| **Formação** | **Instituição da Formação** | | **Data da conclusão** |
| **Titulação** | **Tipo** | **Instituição da Titulação** | | **Data da conclusão** |
| **Tipo** | **Instituição da Titulação** | | **Data da conclusão** |
| **Tipo** | **Instituição da Titulação** | | **Data da conclusão** |
| **Tipo** | **Instituição da Titulação** | | **Data da conclusão** |
| **Experiência** | **Cargo/Função** | **Instituição** | | **Período** |
| **Cargo/Função** | **Instituição** | | **Período** |
| **Cargo/Função** | **Instituição** | | **Período** |
| **Outras Experiências relevantes para Cargo:** | | | | |
| **Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas.** | | | | |
| **Olinda, de de 2023** | | | | |
| **Assinatura do Candidato:** | | | | |

**ANEXO IV**

**CALENDÁRIO DE ATIVIDADES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATIVIDADE** | **DATA / PERÍODO** | **LOCAL** |
| Publicação do Edital | **10/01/2023** | Site: [www.olinda.pe.gov.br](http://www.olinda.pe.gov.br/)  e/ou  Diário Oficial dos Municípios de Pernambuco (AMUPE) |
| Período de Inscrição | **11/01/2023**  **Á**  **20/01/2023** | E-mail:  [secretariadesaudedeolinda@gmail.com](mailto:secretariadesaudedeolinda@gmail.com) |
| Divulgação do Resultado preliminar – Lista por ordem de Classificação | **27/01/2023** | Site: [www.olinda.pe.gov.br](http://www.olinda.pe.gov.br/)  e/ou  Diário Oficial dos Municípios de Pernambuco (AMUPE) |
| Recebimento de Recurso contra classificação | **30/01/2023 e 31/01/2023** | E-mail:  [secretariadesaudedeolinda@gmail.com](mailto:secretariadesaudedeolinda@gmail.com) |
| Julgamento do Recurso | **03/02/2023 e 06/02/2023** | E-mail:  [secretariadesaudedeolinda@gmail.com](mailto:secretariadesaudedeolinda@gmail.com) |
| Divulgação do Resultado Final da Seleção | **10/02/2023** | www.olinda.pe.gov.br e Diário Oficial dos Municípios de Pernambuco (AMUPE). |

ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA DADOS DO MÉDICO:

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRM/UF: Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que o(a) Sr(ª) \_\_\_\_\_\_\_\_Identidade nº \_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

inscrito(a) como Pessoa com Deficiência na Seleção Simplificada concorrendo a uma vaga para afunção de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme Portaria nº \_\_\_\_\_\_,de \_\_\_de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fundamentado no exame clínico e nos termos da legislação em vigor (DecretoFederalnº3.298/1999),(é /não é) portador (a) da Deficiência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(física/auditiva/visual) de CID \_\_\_\_\_\_\_\_, em razão do seguinte quadro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**NOTA:** O (A) candidato (a) inscrito (a) como Pessoa com Deficiência é obrigado (a) a, além deste documento, para a análise da organizadora da Seleção, encaminhar em anexo exames atualizados e anteriores que possam comprovar a Deficiência (laudo dos exames acompanhados da tela radiológica, escanometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Audiometria, CampimetriaDigital Bilateral, estudo da acuidade visual com e sem correção,etc.).

Olinda,\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2023

Ratifico as informações acima.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ass. c/ Carimbo do Médico

Legislação de referência

**Decreto Federal nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999:**

Art.4 É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

1. Deficiência física-alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
2. Deficiência auditiva-perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB)ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hze3.000Hz;
3. Deficiência visual- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nosquais a somatória da medida do campovisual Em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

ANEXO VI

**TABELA DE PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO CURRICULAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÍVEL SUPERIOR** |  |  |
| **Indicadores** | **Pontuação Unitária** | **Pontuação Máxima** |
| Certificado ou declaração de conclusão de curso de pós-graduação “lato sensu” em nível de Especialização, com carga horária mínima de 360 horas, na especialidade a que concorre, até o limite de 2 (dois) certificados. O certificado/declaração deverá ser emitido por instituição de ensino oficialmente reconhecida ou outras especialmente credenciadas para oferta do referido curso, acompanhado do histórico-escolar. O curso deverá possuir credenciamento/reconhecimento acadêmico ou profissional junto aos sistemas oficiais de ensino ou Conselhos/Sociedades representativas das especialidades no âmbito nacional. | 5 | 10 |
| Certificado ou declaração de conclusão de Residência Multiprofissional em Área da Saúde, na especialidade a que concorre, até o limite de 1 (um) certificado, emitido pelo órgão responsável pelo programa de residência, acompanhado do histórico-escolar. Os programas de residências deverão ser credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, conforme o programa de residência. | 10 | 10 |
| Diploma ou declaração de conclusão de curso de pós-graduação “stricto sensu” em nível de mestrado, na especialidade a que concorre, emitido por instituição de ensino oficialmente reconhecida, acompanhado do histórico-escolar. | 15 | 15 |
| Diploma ou declaração de conclusão de curso de pós-graduação “stricto sensu” em nível de doutorado, na especialidade a que concorre, emitido por instituição de ensino oficialmente reconhecida, acompanhado do histórico-escolar. | 20 | 20 |
| Artigo publicado, como autor, em periódico nacional ou internacional (Qualis A ou B) ou co-autoria em bibliografia na área da especialidade pretendida, até o limite de 3 (três) publicações. | 2 | 6 |
| Cursos de capacitação em áreas correlatas às atividades inerentes ao cargo para o qual o candidato se inscreveu com carga horária compreendida entre 40 e 100 horas/aula. | 1,5 | 3 |
| Experiência profissional na área referente à função a que concorre**.** | 4 pontos por período de 6 meses trabalhados (máximo 2 anos) | 16 |
| Experiência profissional na área referente à função que concorre no Sistema Único de Saúde. | 5 pontos por período de 6 meses trabalhado (máximo 2 anos) | 20 |
| **TOTAL** | | **100** |

**ANEXO VII**

**DE FORMULÁRIO PARA A INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Inscrição Nº: .

Nome do candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo Público Simplificado nº 2023.1

Como candidato a Seleção Pública para a SECRETARIA DE SAÚDE DE OLINDA, para o **cargo de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito a revisão de minha classificação, sob os seguintes argumentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Olinda, de de 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

**Área a ser preenchida pela Comissão Organizadora do Prcesso Público Simplificado nº 2023.1 no julgamento de recurso na data prevista no anexo III deste Edital.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Deferido |  |  | Indeferido |  |

**Justificativa da Comissão Organizadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do menbro da comissão organizadora

***Instruções****:*

1. Entregar o recurso já preenchido com letra legível no local indicado no Anexo IV;

2.Apresentar argumentações claras e concisas;

3. O candidato poderá receber o julgamento do recurso no local indicado no Anexo IV.