



Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE IBIAM

EDITAL Nº 002, DE 30 DE JUNHO DE 2016.

**DISPÕE SOBRE A REALIZAÇÃO DE CHAMADA PÚBLICA VISANDO À
CONTRATAÇÃO DE PESSOAL EM CARÁTER TEMPORÁRIO PARA O CARGO DE
AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

O PREFEITO MUNICIPAL DE IBIAM, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais, resolve baixar normas para realização de CHAMADA PÚBLICA, visando à contratação de pessoal em caráter temporário para preenchimento do cargo de Auxiliar de Enfermagem, em razão da urgência do serviço essencial, sob o amparo do interesse público, observando os princípios constitucionais da impessoalidade, publicidade e eficiência administrativa, regendo-se pelas Instruções contidas neste Edital, com base no art. 37, incisos II, IX da CF, Lei Federal nº 8.745/93, e Lei Municipal nº 112/1999.

1. A Chamada Pública destina-se à admissão em caráter temporário de Auxiliar de Enfermagem em razão da inexistência de cadastro de reserva.

1.1- Ficam abertas as inscrições para a contratação temporária de:

Cargo/Função	Vagas	Local	Carga Horária Semanal	Período	Prazo Contratação	Salário
Auxiliar de Enfermagem	01	Posto de Saúde Municipal	40 horas	Integral	11/07/16 a 31/12/16	R\$ 1.366,96

1.2. Os candidatos interessados deverão inscrever-se entre os dias **01 de julho de 2016 até dia 07 de julho de 2016**, no horário compreendido das 08h00min às 11h00min e das 13h30min às 16h30min, no Centro Educacional Elisiane Titon, situado na Rua 7 de Setembro, 539.

1.3. A inscrição far-se-á mediante:

- I. cópia da carteira de identidade;
- II. cópia do CPF;
- III. cópia do comprovante de escolaridade (título em auxiliar em enfermagem);
- IV. comprovação de inscrição junto ao órgão profissional;
- V. certidão ou outro meio hábil de comprovação de tempo de serviço de auxiliar de enfermagem (se houver).

1.4. A cópia dos documentos relacionados no item anterior deverá ser acompanhada de seus respectivos documentos originais, que após conferência serão devolvidos de imediato.

1.5. Na falta de qualquer documento acima não será aceita a inscrição do candidato não sendo permitido que o receptor designado para inscrição mantenha em seu poder inscrição com documentos faltantes.





Estado de Santa Catarina

MUNICÍPIO DE IBIAM

1.6. Para inscrever-se, o candidato terá ficha (modelo próprio da Secretaria), preenchida no local da inscrição.

1.7. Preenchida a ficha, o candidato deverá revisá-la, ficando após a assinatura inteiramente responsável pelas informações nela contidas;

1.8. As inscrições serão gratuitas.

2. Os candidatos admitidos e classificados na forma deste edital receberão retribuição pecuniária mensal equivalente aos vencimentos fixados em lei para a categoria.

3. Havendo dois ou mais candidatos para a vaga será adotado o seguinte critério de desempate:

I – Título de auxiliar de Enfermagem;

II – Tempo de serviço a função de auxiliar de enfermagem;

III - Maior idade do Candidato.

4. O resultado será divulgado no dia 08 de julho de 2016, e, em seguida os candidatos serão convocados por ordem crescente da classificação.

5. A convocação para contratação será feita via contato telefônico, ou via correio eletrônico, e pelos demais meios oficiais da Prefeitura Municipal de Ibiã – SC.

6. A inscrição na Chamada Pública implica, desde logo, o conhecimento e tácita aceitação pelos candidatos das condições estabelecidas neste Edital.

7. A execução do contrato de trabalho será de conformidade com a Lei Municipal nº 112/1999.

8. A chamada Pública será válida para o exercício financeiro de 2016.

9. Todos os documentos dos candidatos classificados e aprovados, e as avaliações, ficarão arquivados na sede administrativa do Município de Ibiã – SC, à guarda do Departamento de Pessoal.

10. Os casos omissos neste edital serão resolvidos pela Secretaria de Saúde em conjunto com o Departamento de Pessoal, utilizando-se da Lei Municipal nº112/1999.

Ibiã, SC, 30 de junho de 2016.


GILMAR FONTANA
Prefeito Municipal





Estado de Santa Catarina
MUNICÍPIO DE IBIAM

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIAM/SC

FICHA DE INSCRIÇÃO CHAMADA PÚBLICA – Edital nº 002/2016

Protocolo: Nº da inscrição: _____

Identificação:

Nome do candidato(a): _____

Data de nascimento: ____/____/____

Local de nascimento: _____ UF: _____

Estado civil: _____

Nº de dependentes: _____

Nº RG: _____ C.P.F: _____

Endereço:

Rua/Av: _____ Nº _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefones para contatos: _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

Formação:

() Declaração que possuo a formação de : _____

Tempo de serviço na função de auxiliar de enfermagem:

Data de início : ____/____/____ Data Final: ____/____/____ Total de anos: _____

Data de início: ____/____/____ Data Final: ____/____/____ Total de anos: _____

Data de início: ____/____/____ Data Final: ____/____/____ Total de anos: _____

Data de início: ____/____/____ Data Final: ____/____/____ Total de anos: _____

Data de início : ____/____/____ Data Final: ____/____/____ Total de anos: _____

Data de início: ____/____/____ Data Final: ____/____/____ Total de anos: _____

() Declaro não possuir tempo de serviço na função de enfermagem

Confirmo que as informações são verdadeiras e em anexo segue cópia de:

() cópia carteira de identidade

() cópia do CPF

() comprovante escolaridade

() comprovação órgão profissional

() tempo de serviço na função (critério para desempate)

() outros documentos: _____

Ibiã, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Candidato

