



“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

RETIFICAÇÃO

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 001/SMSA/2020

A Secretaria Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais, estabelece e divulga as normas para a realização do Processo Seletivo Simplificado, destinado a Contratação Temporária de Excepcional Interesse Público, nos termos do que preconiza o artigo 37, inciso IX da CF, regulamentado pela Lei nº. 1.217, de 24 de Dezembro de 2009, visando suprir as necessidades de pessoal, para atender a Rede Municipal de Saúde, em face da classificação pela Organização Mundial de Saúde, da ocorrência da pandemia disseminada pelo Novo Coronavírus, (COVID-19), considerando ainda os termos do Decreto Estadual nº 28.635-E, de 22 de março de 2020, bem como o Decreto Municipal nº 038/E, de 22 de março de 2020, que declararam o estado de calamidade pública, situação essa que recomenda a adoção de medidas urgentes no sentido de evitar o colapso no atendimento da população nas respectivas unidades de saúde do município, em certame regido pelas normas do presente Edital e seus anexos.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES:

1.1. A presente Seleção Pública Simplificada tem por finalidade a contratação em caráter temporário, pelo prazo inicial de 90(noventa) dias prorrogáveis por mais 90(noventa) dias, para preenchimento de vagas para os cargos constantes no quadro abaixo. A presente Seleção Pública Simplificada ocorrerá no âmbito do Município de Boa Vista, sendo que as inscrições serão realizadas somente via internet, no site <http://www.boavista.rr.gov.br>.

1.2. Ressalta-se que é de responsabilidade exclusiva do candidato, acompanhar as publicações de todos os atos, editais e comunicados referentes a esta presente Seleção Pública Simplificada, divulgadas até sua homologação no site <http://www.boavista.rr.gov.br>. A partir da homologação as publicações serão feitas exclusivamente pela Prefeitura em seus órgãos oficiais de publicação.

1.3. O candidato não poderá alegar desconhecimento dos atos devidamente publicados no site, indicado no item anterior.

QUADRO DE VAGAS

Cargo	Localidade	Vagas	Vagas PCD*	Requisitos	CH	Remuneração
Técnico em Enfermagem	Boa Vista	100	10	Diploma do Ensino Médio, Curso de Técnico em Enfermagem, ambos reconhecidos pelo MEC, Registro ativo no Conselho de Classe e Declaração de quitação no respectivo Conselho.	40	1.405,27
Enfermeiro	Boa Vista	100	10	Diploma do Ensino Superior em Enfermagem, Registro	40	3.585,31





**“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

				ativo no Conselho de Classe e Declaração de quitação no respectivo Conselho.		
Fisioterapeuta	Boa Vista	20	02	Diploma do Ensino Superior em Fisioterapia reconhecido pelo MEC, Registro ativo no Conselho de Classe e Declaração de quitação no respectivo Conselho.	30	3.585,31
Médico Clínico Geral	Boa Vista	100	10	Diploma do Ensino Superior em Medicina reconhecido pelo MEC, Registro ativo no Conselho de Classe e Declaração de quitação no respectivo Conselho.	40	10.809,75

2. DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS PARA AS INSCRIÇÕES E CONTRATAÇÃO:

Para se inscrever, o candidato deverá acessar o site <http://www.boavista.rr.gov.br>, onde estarão disponíveis: o Edital e a ficha de inscrição online e os procedimentos necessários para realizar a inscrição. A inscrição estará disponível a partir das **18 horas do dia 05/06/2020 até às 23h59min do dia 09 de junho de 2020**, conforme estabelecido no Cronograma previsto, considerando-se o horário oficial de Roraima.

2.1. Antes de se inscrever no certame, o candidato deverá examinar cuidadosamente as normas e condições estabelecidas neste Edital, incluindo seus Anexos, partes integrantes das normas que regem a presente Seleção Pública Simplificada, razão pela qual, não poderá alegar desconhecimento das regras estabelecidas.

2.2. A inscrição do candidato no certame indica que esse aceitou e tem pleno conhecimento das normas e condições estabelecidas neste Edital.

2.3 Documentos obrigatórios:

- Laudo Médico do candidato que se declarar PCD;
- Curriculum Vitae;
- Cursos de Capacitação na área (Diploma/Certificado/Declaração) para comprovação de títulos;
- Comprovante de residência atual (com CEP);
- Declaração de Ética e Regularidade junto ao Conselho de Classe;
- Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) e declaração do C.P.F. (regular);
- Carteira de Identidade (RG);
- Título de Eleitor e Declaração de estar quite com a Justiça Eleitoral expedido pelo Tribunal Regional Eleitoral (T.R.E);
- Cartão atualizado de vacinação do candidato;
- Comprovante de conta corrente no Banco do Brasil (pessoa física se houver);
- Certidão de nascimento/casamento ou averbação se for separado;





**“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

- Comprovante de estar quite com serviço militar(sexo masculino);
- Comprovante de inscrição do PIS /PASEP;
- Cópia da Carteira de trabalho (página da foto e o verso);
- Escolaridade compatível com o cargo desejado pelo candidato (Diploma/Certificado/Declaração);
- Certidão de Nascimento dos filhos com caderneta de vacinação e CPF (com idade até 14 anos);
- Certidão Cível e Criminal /Tribunal de Justiça do Estado de Roraima;
- Declaração de não acumulo de cargo público;
- Declaração de Dependentes;
- Declaração de Idoneidade Funcional;
- Declaração de que não é Aposentado ou Reformado por Invalidez;
- Declaração – Grupo de Risco COVID19.

OBSERVAÇÃO: Nos casos de candidatos que exerçam outro cargo público, ainda que em acumulação lícita, fica condicionada à comprovação da compatibilidade de horários, sendo vedada, em qualquer caso, a acumulação de cargos públicos quando a soma das cargas horárias ultrapassar 65 (sessenta e cinco) horas semanais.

2.4. Não será cobrada taxa de inscrição.

2.5. Considerando a pretensa contratação segundo os fins que se destinam, tendo em vista a situação de emergência em saúde pública decorrente da propagação, em nível mundial, da COVID-19 causada pelo SARS-CoV-2 (Novo Coronavírus), excepcionalmente, os candidatos no ato de inscrição, deverão ter a idade máxima de 59 (cinquenta e nove) anos completos e não estarem relacionados no grupo de risco da COVID-19 definido pela autoridade de saúde pública competente, em razão da incompatibilidade da contratação temporária emergencial com a possibilidade do contratado ser afastado da função.

2.6. Na hipótese de não comprovação, dos requisitos exigidos para o cargo, esse será declarado **DECLASSIFICADO** para o certame referente à Seleção Pública Simplificada.

2.7. As inscrições serão homologadas no dia **16/06/2020**, data em que a relação de inscritos será disponibilizada no Diário Oficial, site <http://www.boavista.rr.gov.br>.

3. DA LOTAÇÃO:

Sendo a lotação um ato discricionário da administração pública, os candidatos aprovados serão lotados nas unidades da Rede Municipal de Saúde, conforme quadro de vagas, item 1.3 do presente edital e de acordo com a necessidade das referidas unidades.

4. DOS REQUISITOS PARA INVESTIDURA NO SERVIÇO PÚBLICO, PARA O EMPREGO TEMPORÁRIO CONSTANTE NESTE CERTAME:

- Ter idade mínima de 18 anos e a idade máxima de 59 anos;
- Ser brasileiro nato ou naturalizado;
- Estar em dia com as obrigações eleitorais;
- Sendo do sexo masculino, estar quite com as obrigações militares;
- Possuir escolaridade compatível com o cargo;





**“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

- Aptidão física e mental, sendo que pelas peculiaridades da contratação, não poderão ser contratadas pessoas comprovadamente incluídas no grupo de risco, conforme definidos pela autoridade de saúde competente.
- **Não fazer parte do grupo de risco conforme relação a seguir:** Doenças cardíacas crônicas: Doença cardíaca congênita; Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária; Doença cardíaca isquêmica descompensada; Doenças respiratórias crônicas: DPOC e Asma controlados; Doenças pulmonares intersticiais com complicações; Fibrose cística com infecções recorrentes; Doenças renais crônicas: Em estágio avançado (Graus 3,4 e 5); Pacientes em diálise; Imunossupressor: Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea; -Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos); Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica; Diabetes; Obesidade (IMC>=40); Gestantes sintomáticas com suspeita de Síndrome Gripal COVID-19.

5. DOS CANDIDATOS PCD – PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

5.1. Aos candidatos portadores de necessidades especiais é assegurado o direito de inscrição na presente Seleção Pública Simplificada para o cargo/emprego, cujas atribuições sejam compatíveis com a necessidade especial de que são portadores, na proporção de 10% (dez por cento) das vagas oferecidas e as que vierem a surgir de imediato, em obediência a Lei Orgânica do Município.

5.2. O candidato que declarar ser portador de deficiência deve encaminhar o Laudo Médico que comprove a deficiência.

5.3. Será considerado para efeito de concorrência, deficiente físico, apenas o candidato que optar por esta condição, no momento de sua inscrição.

6. DA SELEÇÃO E DOS CRITÉRIOS

A seleção dos candidatos será realizada pela Comissão de Seleção, constituída para este fim.

6.1 A seleção compreenderá:

- a) Análise dos documentos, de caráter eliminatório;
- b) Avaliação de títulos, de caráter classificatório;

6.2 Avaliação de Títulos:

a) Será avaliada a condição de habilitação do candidato, por meio da análise da documentação, conforme as exigências do **item 2.3** de modo que uma vez verificado que a documentação esteja incompleta e/ou inadequada, o candidato **não será considerado habilitado, ou seja, será desclassificado** para continuar no Processo Seletivo.

b) Análise da capacidade profissional, mediante avaliação dos títulos, devidamente comprovado com documentos hábeis, **terá pontuação** para classificação até **50 (cinquenta)** pontos.

c) Não serão considerados, na pontuação, protocolos de documentos, documentos ilegíveis ou incompletos.

d) Os certificados dos cursos exigidos para avaliação dos títulos que não





**“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

mencionarem a carga horária e que não forem expedidos por Instituição autorizada, **não serão considerados**.

e) Para pontuação da formação acadêmica, participação em cursos, congressos, conferências, seminários, simpósios e experiência profissional comprovada na área de atuação serão considerados os critérios descritos no **item 7**:

6.3. Somente serão considerados os títulos obtidos pelo candidato até a data do envio do Formulário para Entrega de Títulos e Documentação.

6.4. Todos os cursos previstos e tempo de experiência profissional para pontuação na análise de Títulos deverão estar concluídos.

6.5. Somente serão considerados os títulos comprobatórios, constantes na tabela de pontuação descritas no item 7.

7. DAS TABELAS DE PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE TÍTULOS E ANÁLISE CURRICULAR

7.1. Serão considerados os seguintes títulos para efeito de avaliação e pontuação a presente Seleção Pública Simplificada.

ITENS DE AVALIAÇÃO		ESQUEMA DE PONTUAÇÃO	
Requisito	Títulos	Pontos Unitários	Pontuação Máxima
Cursos na área	Participação em cursos, congressos, conferências, seminários, simpósios e experiência profissional comprovada na área de atuação concluídos nos últimos 5 (cinco) anos	16 até 19 horas – 2,0 20 até 39 horas – 5,0 40 até 59 horas – 8,0 60 até 79 horas – 10 Superior a 80 horas - 25	50(Cinquenta) pontos
Análise Curricular	-		50(Cinquenta) pontos
TOTAL DE PONTOS			100 (cem) pontos

8. DA CLASSIFICAÇÃO, DO RESULTADO FINAL E DESEMPATE:

8.1 No resultado Final o candidato terá que obter **nota igual ou superior a 50 (cinquenta)** pontos.

8.2 Serão desclassificados os candidatos que obtiverem **nota menor 50 (cinquenta)** pontos.

8.3 Nos casos de empate na classificação, para o desempate considerar-se-á o candidato que apresentar maior idade.





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

9. DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:

9.1. A divulgação do resultado final do presente processo seletivo será por meio de publicação no Diário Oficial do Município e no site oficial da Prefeitura Municipal de Boa Vista no endereço eletrônico www.boavista.rr.gov.br, conforme cronograma de datas constante no Anexo I do presente edital.

9.2. Após análise dos recursos, o resultado final será relacionado pela ordem de classificação e divulgado por meio de publicação no Diário Oficial do Município e no site oficial da Prefeitura Municipal de Boa Vista no endereço eletrônico www.boavista.rr.gov.br.

10. DOS RECURSOS:

10.1 Caberá interposição de recurso, conforme descrição no **Anexo I** e deverá ser encaminhado via e-mail: seletivo.smsa@prefeitura.boavista.br, dirigido ao Presidente da Comissão do Processo Seletivo, por meio do formulário constante no **Anexo V** deste, conforme data especificada no **Anexo I** do presente edital.

10.2. O candidato deverá ser claro, consistente e objetivo em seu pleito, pois o recurso inconsistente ou intempestivo e que o teor despreste a Comissão será preliminarmente indeferido, bem como não será objeto de análise, o recurso que apresentar **documento “novo”**, ou seja, aquele documento não juntado no ato da inscrição, sendo considerados inconsistentes os recursos que possuam este objeto.

10.3. Decorrida a análise dos recursos, posteriormente será publicado o resultado final do Processo Seletivo e em nenhuma hipótese **serão aceitos pedidos de revisão de recursos.**

11. DA HOMOLOGAÇÃO:

11.1. A homologação do resultado final será publicada no Diário Oficial do Município de Boa Vista e no site da Prefeitura do Município de Boa Vista (<http://www.boavista.rr.gov.br>), no dia **18/06/2020**, conforme estabelecido no Anexo I.

11.2. Os candidatos selecionados dentro das vagas serão convocados por meio de Edital, divulgado no Diário Oficial do Município e no site da Prefeitura do Município de Boa Vista.

12. DA VIGÊNCIA:

12.1. A Seleção Pública Simplificada terá vigência de 90 (noventa) dias, após a publicação do Resultado Final, podendo ser prorrogado por igual período;

12.2. A vigência do Contrato de Trabalho será de até 03(três) meses, prorrogável por igual período uma única vez, após a sua assinatura.

13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

13.1. os candidatos aprovados serão lotados nas unidades da Rede Municipal de Saúde, conforme quadro de vagas e de acordo com a necessidade das referidas unidades.

13.2. Será excluído da presente Seleção Pública Simplificada o candidato que fizer declarações falsas ou inexatas em qualquer documento.

13.3. Os casos omissos ou situações não previstas neste Edital serão dirimidos pela Comissão da Seleção Pública Simplificada.





“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

13.4. A inobservância do disposto neste artigo importará na rescisão do contrato ou na declaração da sua insubsistência, sem prejuízo da responsabilidade administrativa das autoridades envolvidas na transgressão.

Boa Vista - RR, em 02 de junho de 2020.

Cláudio Galvão dos Santos
Secretário Municipal de Saúde





**“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

ANEXO I

CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

ITEM	ATIVIDADES	DATA
1	Publicação do Edital	04/06/2020
2	Período de Inscrição	05 a 09/06/2020
3	Homologação das Inscrições e Resultado da Avaliação de Títulos	16/06/2020
4	Interposição de Recursos	17/06/2020
5	Resultado dos Recursos, Homologação do Resultado Final do Seletivo	18/06/2020





**“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

ANEXO II

DECLARAÇÃO – GRUPO DE RISCO COVID-19

Eu, _____, inscrito(a) no
CPF n° _____, para assumir a função de
_____, DECLARO que não faço parte do
grupo de risco da doença COVID-19, não apresentando as comorbidades abaixo relacionadas:

- Doenças cardíacas crônicas:
- Doença cardíaca congênita;
- Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária;
- Doença cardíaca isquêmica descompensada;
- Doenças respiratórias crônicas:
- DPOC e Asma controlados;
- Doenças pulmonares intersticiais com complicações;
- Fibrose cística com infecções recorrentes;
- Doenças renais crônicas:
- Em estágio avançado (Graus 3,4 e 5);
- Pacientes em diálise;
- Imunossupressor:
- Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos);
- Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica;
- Diabetes;
- Gestantes sintomáticas com suspeita de Síndrome Gripal COVID-19.

Boa Vista-RR, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do (a) Candidato (a)
(legível)





**“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

**ANEXO III
DECLARAÇÃO 1.2**

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE FUNCIONAL

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que não foi demitido (a) de cargo efetivo ou destituído (a) de cargo em comissão dos órgãos ou entidades da União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, nos últimos 5 (cinco) anos, pela prática das infrações previstas no art. 132 da Lei Complementar Municipal nº 003/12.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do Candidato





**“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

**ANEXO III
DECLARAÇÃO 1.3**

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É APOSENTADO OU REFORMADO POR INVALIDEZ

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que não percebe proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 (ex-servidor público civil) ou dos arts. 42 e 142 (ex-servidor militar) da Constituição Federal, que sejam incompatíveis com o cargo em que tomará posse.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do Candidato





“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

ANEXO III

DECLARAÇÃO 1.4

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, de acordo com o disposto no art. 13, § 5º da Lei Complementar Municipal nº 003/12, que:

A. () Não exerce outro cargo, emprego ou função pública em órgãos ou entidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tampouco em suas autarquias, fundações, empresas públicas ou sociedades de economia mista.

B. **DECLARA** estar ciente de que de () Exerce o(s) cargo(s), função(es) ou emprego(s) públicos abaixo:

A) _____ no órgão/entidade: _____,

cuja jornada de trabalho é de ___ às ___ horas.

b) _____ no órgão/entidade: _____,

cuja jornada de trabalho é de ___ às ___ horas.

c) _____ no órgão/entidade: _____,

cuja jornada de trabalho é de ___ às ___ horas.

C. **DECLARA** comunicar à Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas qualquer alteração em sua vida funcional que ocasione o não atendimento às determinações constitucionais relativamente à acumulação de cargos.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, ___ de _____ de 2020.

Assinatura do Candidato



