



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE ABAIARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ADITIVO Nº 01 AO EDITAL Nº 1, DE 01 DE JUNHO DE 2020

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ABAIARA, CEARÁ, no uso das atribuições legais torna pública a prorrogação do prazo de inscrições do Processo Seletivo Emergencial de profissionais para a complementação da força de trabalho na Unidade de Suporte ao atendimento de pacientes com suspeita de COVID-19, visando o atendimento à população no combate à pandemia do Coronavírus (COVID-19), objeto do **EDITAL Nº 1, DE 01 DE JUNHO DE 2020**.

Onde lê-se:

4. DA INSCRIÇÃO

4.1 As inscrições deverão ser feitas via internet no endereço eletrônico: pscovidabaiara@gmail.com, no período de 03 de junho de 2020, até às 16h do dia 05 de junho de 2020, mediante o preenchimento do Formulário de Inscrição (ANEXO III), anexação de Currículo, Diploma e documentação comprobatória dos Títulos e Experiência Profissional a serem pontuados (CÓPIAS frente e verso), em um único arquivo e no formato pdf.

Onde leia-se:

4. DA INSCRIÇÃO

4.1 As inscrições deverão ser feitas via internet no endereço eletrônico: pscovidabaiara@gmail.com, no período de 03 de junho de 2020, até às 16h do dia 09 de junho de 2020, mediante o preenchimento do Formulário de Inscrição (ANEXO III), anexação de Currículo, Diploma e documentação comprobatória dos Títulos e Experiência Profissional a serem pontuados (CÓPIAS frente e verso), em um único arquivo e no formato pdf.

Atualiza os anexos I – Cronograma, Anexo II – Remuneração e Carga Horária, permanecendo inalteradas as demais regras contidas no **EDITAL Nº 1, DE 01 DE JUNHO DE 2020**.

ELENITA RAYANE GONÇALVES TAVARES

Secretária Municipal de Saúde



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE ABAIARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO I – CRONOGRAMA

| Procedimentos | Período |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Publicação de edital – site https://abaiara.ce.gov.br/ | 02/06/2020 |
| Período de inscrições | 03 a 09/06/2020 |
| Divulgação dos resultados/homologação | 10/06/2020 |
| Recurso | 12/06/2020 |
| Resultado final após recursos | 15/06/2020 |
| Convocação | De acordo com a necessidade da administração municipal |

ANEXO II – REMUNERAÇÃO E CARGA HORÁRIA

| Cargo | Remuneração Mensal – Carga Horária Semanal: 40 horas semanais) |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Médico | R\$ 7.500,00 |
| Enfermeiro | R\$ 3.000,00 |
| Técnico de Enfermagem | R\$ 1.045,00 |
| Condutor de ambulância | R\$ 1.300,00 |

Obs.: Os profissionais serão convocados respeitando a ordem de classificação, mediante a necessidade do município durante o período de validade do referido processo seletivo



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE ABAIARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO III – FICHA DE INSCRIÇÃO, APRESENTAÇÃO DE TÍTULOS E EXPERIÊNCIA

| DADOS PESSOAIS/CARGO PRETENDIDO | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------|
| Nome (completo, sem abreviaturas) | | | |
| Cargo Pretendido | | | |
| Estado Civil | Data de Nascimento | Naturalidade | Nacionalidade |
| Filiação | | | |
| CPF | Identidade/Órgão expedidor | Passaporte (se estrangeiro) | |
| Endereço (completo e atual) | | | |
| Telefone(s): | | E-mail | |
| EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL | | | |
| a) Tempo de exercício profissional no cargo ao qual concorre (Pontuação Máxima: 5 pontos) | | | |
| b) Especialização na área de urgência e emergência (Pontuação Máxima: 2 pontos) | | | |
| c) Especialização em áreas afins (Pontuação Máxima: 1 ponto) | | | |
| d) Curso(s) na área de pretendida com carga horária de no mínimo, 50hs/aula (Certificado(s) do(s) curso(s), com indicação da carga horária) (Pontuação Máxima: 2 pontos) | | | |
| Total de pontos autoatribuído pelo candidato: | | | |
| Local e Data | | | |
| _____ Assinatura do Candidato | | | |