

EDITAL Nº 004/2020 DA SELEÇÃO PÚBLICA SIMPLIFICADA PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA POR EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA DO MUNICÍPIO DO RECIFE

ERRATA Nº 001/2020

A SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS DO MUNICÍPIO DO RECIFE em conjunto com a **SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RECIFE**, tornam de conhecimento público a seguinte alteração do Edital nº 004/2020 da Seleção Pública para contratação de 179 (cento e setenta e nove) profissionais da área da saúde, sendo 10 (dez) Médicos Intensivistas, 02 (dois) Médicos Infectologista 20h – Diarista, 02 (dois) Médicos Pneumologista 20h – Diarista, 15 (quinze) Fisioterapeutas Respiratórios, 50 (cinquenta) Enfermeiro Intensivistas e 100 (cem) Técnicos de Enfermagem Intensivistas, para atuarem nas Unidades de Saúde do Município do Recife:

I – O item 1.3, IV passará a vigorar com a seguinte redação:

IV – Danielle Figueiredo Barbosa, matrícula nº 108.425-9 – Membro.

II - O item 3.4 m) passará a vigorar com a seguinte redação:

m) Diploma ou Declaração de Conclusão de curso superior, conforme Anexo I do Edital, em Instituição reconhecida pelo MEC;

III – O item 3.4 n) passará a vigorar com a seguinte redação:

n) Certidão ou Declaração de Conclusão de Curso de Pós-Graduação, especialização ou residência na área de conhecimento específica a que concorre, para os cargos de nível superior. Para o cargo de Técnico em Enfermagem, os cursos de especialização técnica, aperfeiçoamento ou atualização, na área que concorre, conforme disposto no Anexo I.

IV – Fica acrescido o item 3.5 e):

e) Certificado ou Declaração de Conclusão dos cursos de especialização técnica, aperfeiçoamento ou atualização, por Instituição reconhecida pelo MEC, para o cargo de nível técnico;

V – O item 4.5 a) passará a vigorar com a seguinte redação:

a) Maior tempo de exercício profissional na área requisitada, serão considerados itens para comprovação de experiência profissional:

a.1) Será pontuada como atividade profissional a carga horária de prática realizada durante curso de residência ou especialização, para os cargos de nível superior;

a.2) O tempo de experiência profissional deverá ser comprovado nas formas a seguir:

a.2.1) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, desde que conste o cargo/função para o qual concorre, ou Certidões e/ou declarações que deverão ser emitidas em papel timbrado da Instituição, datada e assinada pelo responsável da área de recursos humanos ou autoridade competente, constando o cargo/função para o qual concorrem, período (data de início e fim) e atividades desenvolvidas;

a.2.2) No caso de experiência profissional no exterior, mediante certidão da instituição para a qual trabalhou acompanhada de tradução para a língua portuguesa, feita por tradutor juramentado,

datada e assinada, na qual conste expressamente o cargo/função desempenhado, período (data de início e fim) e as atividades desenvolvidas;

a.2.3) Certidão e/ou Declaração, assinada pelo dirigente máximo da entidade ao qual o candidato se vincula ou vinculou formalmente, no caso de experiência como contratado ou cooperativado, datada e assinada, na qual conste expressamente o cargo/função desempenhado, período (data de início e fim) e as atividades desenvolvidas;

a.2.4) Demonstrativo de pagamento desde que conste a data de ingresso no cargo/função e na instituição, mês de referência e função para a qual concorre.

a.3) Para complementação de informações, os documentos acima especificados poderão ser acompanhados de Certidão ou Declaração de tempo de serviço público ou privado, emitida pela Unidade de Recursos Humanos da Instituição em que trabalha ou trabalhou, em papel timbrado da Instituição, contendo a função ou cargo, atividades exercidas, início e término do vínculo, devidamente datada e assinada pelo responsável pela sua emissão, e, na hipótese de não existir a unidade de Recursos Humanos, a Certidão e/ou Declaração deverá ser emitida pela autoridade responsável pelo fornecimento do documento.

VI – O item 5.7, a) passará a vigorar com a seguinte redação:

a) Preencher o Anexo VI do Edital e enviar para o e-mail selecaounidadedetratamentointensivo@recife.pe.gov.br

VII – O item 7.6 passará a vigorar com a seguinte redação:

Os candidatos convocados deverão, dentro do prazo legal, encaminhar os documentos comprobatórios dos requisitos legais, para o endereço eletrônico admissao@recife.pe.gov.br para posteriormente serem encaminhados à realização de exames médicos admissionais por órgão indicado pela Prefeitura do Recife para tal finalidade.

VIII – O item 7.6.1 passará a vigorar com a seguinte redação:

Os candidatos convocados, quando da realização do exame admissional, deverão anexar os resultados dos exames abaixo discriminados para o endereço eletrônico admissao@recife.pe.gov.br, que poderão ter sido realizados por qualquer laboratório, nos últimos 12 meses.

IX – O item 7.7, n) passará a vigorar com a seguinte redação:

n) Diploma do Curso, registrado no MEC, e Certificado de Especialização, conforme atribuições dos cargos dispostos no Anexo I.

X – O item 8.5 passará a vigorar com a seguinte redação:

Os candidatos classificados nos termos desta Seleção serão convocados por nomeação via publicação no Diário Oficial do Município, e-mail e telefone, e terão o prazo de 03 (três) dias úteis para atender aos itens 7.6.1 e 7.7. O não atendimento ao referido prazo significa a expressa desistência, gerando automática exclusão do processo seletivo simplificado e convocação de outro candidato, obedecendo a ordem de classificação.

XI – O Anexo V passará a vigorar com a seguinte redação:

ANEXO V

AVALIAÇÃO CURRICULAR PARA MÉDICOS INTENSIVISTAS, MÉDICOS INFECTOLOGISTAS, MÉDICOS PNEUMOLOGISTAS E FISIOTERAPEUTAS RESPIRATÓRIOS.

TÍTULO	PONTUAÇÃO
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Doutorado stricto sensu, na área de saúde emitido por Instituição reconhecida pelo MEC	100
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Mestrado stricto sensu, na área de saúde emitido por Instituição reconhecida pelo MEC.	90
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Residência profissional da saúde, na área específica a que concorre, credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde	80
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Especialização lato sensu na área de conhecimento específica a que concorre, com carga horária mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas, emitido por instituição reconhecida pelo MEC.	70

* Será computado apenas o título válido de maior pontuação

AVALIAÇÃO CURRICULAR PARA ENFERMEIROS

TÍTULO	PONTUAÇÃO
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Doutorado stricto sensu, na área de saúde emitido por Instituição reconhecida pelo MEC	100
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Mestrado stricto sensu, na área de saúde emitido por Instituição reconhecida pelo MEC.	90
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Residência profissional da saúde, na área específica a que concorre, credenciada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde	80
Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso de Especialização lato sensu na área de conhecimento específica a que concorre, com carga horária mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas, emitido por instituição reconhecida pelo MEC.	70
Diploma ou declaração de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem	60

* Será computado apenas o título válido de maior pontuação

AVALIAÇÃO CURRICULAR PARA TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

TÍTULO	PONTUAÇÃO
Especialização técnica na área de saúde com carga horária igual ou superior a 360h	100
Aperfeiçoamento na área de atuação específica a que concorre com carga horária igual ou superior a 180h.	80
Cursos de Atualização na área de atuação a que concorre com carga horária mínima de 40 horas	70
Curso Técnico em enfermagem	60

* Será computado apenas o título válido de maior pontuação

XII – O Anexo X passará a vigorar com a seguinte redação:

ANEXO X

DECLARAÇÃO – GRUPO DE RISCO COVID-19

Eu, _____, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, candidato (a) à função de _____, DECLARO que não faço parte do grupo de risco da doença COVID-19, não apresentando as comorbidades abaixo relacionadas:

A) Doenças cardíacas crônicas:

- Doença cardíaca congênita;
- Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária;
- Doença cardíaca isquêmica descompensada;

B) Doenças respiratórias crônicas:

- DPOC e Asma controlados;
- Doenças pulmonares intersticiais com complicações;
- Fibrose cística com infecções recorrentes;
- Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade;

C) Doenças renais crônicas:

- Em estágio avançado (Graus 3,4 e 5);
- Pacientes em diálise;

D) Imunossupressos:

- Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos);

E) Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica;

F) Diabetes;

G) Gestantes sintomáticas com suspeita de Síndrome Gripal COVID-19.

Recife, ___ de _____ de 2020.

ASSINATURA DO CANDIDATO

CPF/MF nº

Recife, 20 de março de 2020.

MARCONI MUZZIO PIRES DE PAIVA FILHO
SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

JAILSON DE BARROS CORREIA
SECRETÁRIO DE SAÚDE