

09/052358/2018 - Considerando o pronunciamento da S/SUBG/CIL/GPL-Multas, NÃO IMPONHO a aplicação da penalidade à empresa CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA, CNPJ nº 44.734.671/0001-51, correspondente à nota fiscal nº 2.202.849, referente ao processo instrutivo nº 09/002196/2017.

09/052311/2018 - Considerando o pronunciamento da S/SUBG/CIL/GPL-Multas, NÃO IMPONHO a aplicação da penalidade à empresa FARMACE IND. QUÍMICO FARMACÊUTICO CEARENSE LTDA., CNPJ nº 06.628.333/0001-46, correspondente à nota fiscal nº 194.498 referente ao processo instrutivo nº 09/0033/2017.

09/052322/2018 - Considerando o pronunciamento da S/SUBG/CIL/GPL-Multas, NÃO IMPONHO a aplicação da penalidade à empresa NDS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA, CNPJ nº 011.034.934/0001-60, correspondente às notas fiscais nºs: 243.445 e 243.478, referente ao processo instrutivo 09/001097/2018.

09/052360/2018 - Considerando o pronunciamento da S/SUBG/CIL/GPL- Multas, NÃO IMPONHO a aplicação da penalidade à empresa HALEX ISTAR INDÚSTRIA FARMACEUTICA LTDA CNPJ nº 01.571.702/0001-98, correspondente à nota fiscal nº 294.707, referente ao processo instrutivo nº 09/002196/2017.

09/052353/2018 - Considerando o pronunciamento da S/SUBG/CIL/GPL-Multas, NÃO IMPONHO a aplicação da penalidade à empresa NATULAB LABORATÓRIO S/A, CNPJ nº 02.456.955/0001-83, correspondente à nota fiscal nº 135.378, referente ao processo instrutivo nº 09/001097/2018.

09/052361/2018 Considerando o pronunciamento da S/SUBG/CIL/GPL-Multas, NÃO IMPONHO a aplicação da penalidade à empresa LINEA - RJ COMÉRCIO. EIRELI, CNPJ nº 17.624.789/0001-54, correspondente à nota fiscal nº 29.590, referente ao processo instrutivo nº 09/002196/2017.

**SUBSECRETARIA DE GESTÃO  
COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS  
EDITAL CGGP Nº 001/ 2019**

**REGULAMENTA O PROCESSO SELETIVO DESTINADO À CONTRATAÇÃO DE PESSOAL  
POR TEMPO DETERMINADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**A COORDENADORA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS**, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pela legislação em vigor, faz saber que estarão abertas as inscrições para o Processo Seletivo destinado à contratação de pessoal por tempo determinado, para as unidades de saúde, em atendimento ao disposto na Lei Municipal nº 1.978, de 26 de maio de 1993 e suas alterações (Lei Municipal nº 3.365 de 19 de março de 2002, Lei Municipal nº 6.146 de 11 de abril de 2017 e Lei Municipal nº 6.265 de 30 de outubro de 2017) e regulamentada pelo Decreto nº 12.577 de 20 de dezembro de 1993, para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público na Secretaria Municipal de Saúde.

O Processo Seletivo será regido por este Edital e coordenado pela Coordenação de Planejamento, Recrutamento e Seleção da Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas.

**1 - DA DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS E DA TITULAÇÃO EXIGIDA:**

**HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING**

| EMPREGO             | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|---------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Neonatologia | 05              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
|                     |                 |                       |                               | ou<br>II.a - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em Neonatologia de no mínimo 02 anos)  |
| Médico Obstetria    | 13              | 04                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência em maternidade de no mínimo 02 (dois) anos |

**HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

| EMPREGO               | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Anestesiologia | 07              | 02                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre  |
| Médico Neonatologia   | 09              | 03                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em Neonatologia de no mínimo 02 anos) |
| Médico Obstetria      | 06              | 02                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência em maternidade de no mínimo 02 (dois) anos  |

**HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES**

| EMPREGO               | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Anestesiologia | 04              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre |

|                              |    |     |     |   |
|------------------------------|----|-----|-----|---|
| Médico Intensivista Adulto   | 02 | --- | --- | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos</p>  |
| Médico Neonatologia          | 08 | 02  | 01  | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em Neonatologia de no mínimo 02 anos)</p> |
| Médico Neurologia Pediátrica | 01 | --- | --- | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre</p>   |
| Médico Obstetria             | 05 | 01  | --- | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de Experiência em maternidade de no mínimo 02 (dois) anos</p>  |

**HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO**

|                  |    |    |     |  |
|------------------|----|----|-----|--|
| Médico Obstetria | 06 | 02 | --- | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de Experiência em maternidade de no mínimo 02 (dois) anos</p> |
|------------------|----|----|-----|--|

| EMPREGO                      | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Anestesiologia        | 04              | 01                    | ---                           | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre</p>  |
| Médico Hemoterapia           | 01              | ---                   | ---                           | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que Concorre;</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 02 (dois)anos</p>   |
| Médico Neonatologia          | 03              | 01                    | ---                           | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em Neonatologia de no mínimo 02 anos)</p> |
| Médico Neurologia Pediátrica | 01              | ---                   | ---                           | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre</p>   |

**HMLJ/COORDENAÇÃO MATERNO INFANTIL LEILA DINIZ**

| EMPREGO             | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|---------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Clínico      | 01              | ---                   | ---                           | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de experiência De no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clinica medica</p>  |
| Médico Neonatologia | 10              | 03                    | 01                            | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em Neonatologia de no mínimo 02 anos)</p> |
| Médico Obstetria    | 16              | 04                    | 01                            | <p>I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;</p> <p>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre</p> <p>ou</p> <p>II.a - Comprovação de Experiência em maternidade de no mínimo 02 (dois) anos</p>  |

**HOSPITAL MUNICIPAL ALVARO RAMOS**

| EMPREGO        | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Clínico | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em clínica médica, geriatria, pneumologia ou cardiologia |

**HOSPITAL MUNICIPAL BARATA RIBEIRO**

| EMPREGO                          | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|----------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Anestesiologia            | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre                  |
| Médico Cirurgia Plástica         | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre                 |
| Médico Clínico                   | 09              | 02                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em clínica médica, geriatria, pneumologia ou cardiologia |
| Médico Ortopedia e Traumatologia | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre                 |
| Médico Radiologia                | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre                 |

**HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES**

| EMPREGO          | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Clínico   | 05              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clínica médica          |
| Médico Pediatria | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre |

**HOSPITAL MUNICIPAL DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA MIGUEL PEDRO**

| EMPREGO          | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Geriatria | 07              | 02                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em clínica médica, geriatria, pneumologia ou cardiologia |

**HOSPITAL MUNICIPAL JESUS**

| EMPREGO                          | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|----------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Anestesiologia            | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Cirurgia Pediátrica       | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Cirurgia Plástica         | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II.a - Comprovação de Experiência de no mínimo 02 (dois) anos no atendimento pediátrico  |
| Médico Intensivista Infantil     | 04              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Medicina Intensiva Pediátrica<br>ou<br>III - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em CTI infantil, de no mínimo 02 anos) |
| Médico Neurocirurgia             | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de experiência na área de no mínimo 03 (três) anos<br>e<br>II.a - Comprovação de Experiência de no mínimo 02 (dois) anos no atendimento pediátrico        |
| Médico Neurologia Pediátrica     | 03              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Ortopedia e Traumatologia | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br>e<br>II.a - Comprovação de Experiência de no mínimo 02 (dois) anos no atendimento Pediátrico  |

|                   |    |     |     |  |
|-------------------|----|-----|-----|--|
| Médico Pediatria  | 12 | 03  | 01  | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Radiologia | 02 | --- | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre<br>e<br>II.a - Comprovação de Experiência de no mínimo 02 (dois) anos no atendimento Pediátrico |

**HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO LORETO**

| EMPREGO                    | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Cirurgia Pediátrica | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre   |
| Médico Cirurgia Plástica   | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre;<br>e<br>II.a - Comprovação de Experiência de no mínimo 02 (dois) anos no atendimento pediátrico |
| Médico Pediatria           | 06              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |

**HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA MAIA**

| EMPREGO        | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Clínico | 06              | 02                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clínica médica |

**HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK**

| EMPREGO        | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Clínico | 03              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clínica médica |

**HOSPITAL MUNICIPAL RAFAEL DE PAULA SOUZA**

| EMPREGO             | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|---------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Infectologia | 04              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre |

**HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE**

| EMPREGO                        | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Anestesiologia          | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Cardiologia (Ecografia) | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Clínico                 | 04              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em clínica médica   |
| Médico Infectologia            | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Intensivista Adulto     | 03              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos |
| Médico Oftalmologia            | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Pediatria               | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Radiologia              | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |

**HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE**

| EMPREGO               | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Anestesiologia | 05              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre |
| Médico Cirurgia Geral | 09              | 03                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre |

|                                  |    |     |     |  |
|----------------------------------|----|-----|-----|--|
| Médico Cirurgia Vasculare        | 02 | --- | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre |
| Médico Clínico                   | 10 | 03  | 01  | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência De no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clínica medica          |
| Médico Ortopedia e Traumatologia | 11 | 03  | 01  | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre |
| Médico Pediatria                 | 06 | 02  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre |

**HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO**

| EMPREGO                                  | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|--|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Anestesiologia                    | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Cardiologia (Unidade Coronariana) | 03              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre;<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 02 (dois)anos  |
| Médico Cirurgia Geral                    | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Cirurgia Vasculare                | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador Da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Clínico                           | 06              | 02                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência De no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clínica medica   |
| Médico Intensivista Adulto               | 07              | 02                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos |

|                                  |    |     |     |  |
|----------------------------------|----|-----|-----|--|
| Médico Intensivista Infantil     | 02 | --- | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Medicina Intensiva Pediátrica<br>ou<br>III - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em CTI infantil, de no mínimo 02 anos) |
| Médico Neonatologia              | 03 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, em Pediatria (com comprovação de Experiência em Neonatologia de no mínimo 02 anos)           |
| Médico Neurocirurgia             | 07 | 02  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 03 (três) anos   |
| Médico Obstetria                 | 04 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência em maternidade de no mínimo 02 (dois) anos  |
| Médico Ortopedia e Traumatologia | 08 | 02  | 01  | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Pediatria                 | 05 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Radiologia                | 03 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |

**HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO**

| EMPREGO                                  | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA   |
|--|-----------------|-----------------------|-------------------------------|---|
| Médico Anestesiologia                    | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Cardiologia (Unidade Coronariana) | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre;<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos |
| Médico Cirurgia Geral                    | 06              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Cirurgia Vascular                 | 05              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Clínico                           | 18              | 05                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clínica médica   |
| Médico Intensivista Adulto               | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos |
| Médico Neurocirurgia                     | 06              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 03 (três) anos  |
| Médico Ortopedia e Traumatologia         | 10              | 03                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Pediatria                         | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |
| Médico Radiologia                        | 03              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre  |

**HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR**

| EMPREGO                    | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E INDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Anestesiologia      | 06              | 02                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre  |
| Médico Cirurgia Geral      | 03              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre  |
| Médico Cirurgia Pediátrica | 02              | 01                    | ---                           | - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre  |
| Médico Cirurgia Plástica   | 02              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Cirurgia Torácica   | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre  |
| Médico Cirurgia Vascular   | 05              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre  |
| Médico Clínico             | 09              | 02                    | 01                            | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de experiência de no mínimo 02 (dois) anos em emergência ou clínica médica  |
| Médico CTQ Adulto          | 03              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização em Cirurgia Plástica e<br>II.a - Comprovação de experiência de no mínimo 01 (um) ano em centro de tratamento de queimados |
| Médico Hemoterapia         | 01              | ---                   | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre;<br>ou<br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos                    |

|                                  |    |     |     |  |
|----------------------------------|----|-----|-----|--|
| Médico Intensivista Adulto       | 06 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br><br>ou<br><br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos |
| Médico Nefrologia                | 03 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador Da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre  |
| Médico Neurocirurgia             | 06 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br><br>ou<br><br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 03 (três) anos |
| Médico Oftalmologia              | 02 | --- | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Ortopedia e Traumatologia | 08 | 02  | 01  | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Otorrinolaringologia      | 02 | 01  | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Radiologia                | 01 | --- | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |
| Médico Urologia                  | 01 | --- | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização, na área a que concorre   |

**CAPS RUBENS CORREA**

|                    |    |     |     |  |
|--------------------|----|-----|-----|--|
| Médico Psiquiatria | 01 | --- | --- | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br><br>ou<br><br>II.a - Comprovação de experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos |
|--------------------|----|-----|-----|--|

**INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL**

| EMPREGO            | VAGAS REGULARES | VAGAS NEGROS E ÍNDIOS | VAGAS PORTADOR DE DEFICIÊNCIA | TITULAÇÃO EXIGIDA  |
|--------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Médico Psiquiatria | 02              | 01                    | ---                           | I - Registro no órgão fiscalizador da Profissão;<br><br>II - Comprovação de conclusão do programa de Residência ou da Especialização na área a que concorre<br><br>ou<br><br>II.a - Comprovação de Experiência na área de no mínimo 02 (dois) anos |

**2 - DOS REQUISITOS BÁSICOS PARA INSCRIÇÃO:**

2.1 Somente serão aceitas inscrições presenciais, não cabendo inscrição por procuração ou por meio eletrônico;  
2.2 Preencher a ficha de inscrição no padrão estabelecido no **ANEXO II** deste Edital (poderá ser preenchida no ato da inscrição);  
2.3 No ato da inscrição, o candidato deverá apresentar, obrigatoriamente, os documentos relacionados abaixo **(original e cópia)**:

- Documento de Identidade com foto;
- CPF;
- Título de Eleitor e comprovação de estar quite com as obrigações eleitorais;
- Certificado de Reservista ou de Dispensa de Incorporação, para os do sexo masculino;
- Se naturalizado, apresentar CARTA DE NATURALIZAÇÃO nos termos da legislação em vigor;
- Diploma que comprove a conclusão do curso de graduação;
- Certificado ou Diploma da Especialização ou Residência;
- Registro do Órgão Fiscalizador da Profissão;
- Currículo preenchido no padrão estabelecido no **ANEXO III** deste Edital, acompanhado de toda a documentação comprobatória, inclusive CTPS (comprovação de experiência), se for o caso;
- 1 - A documentação comprobatória deverá atender também ao previsto no **ANEXO IV**, no que se refere à pontuação, no que couber;
- 2.4 O não cumprimento do solicitado no item 2.2 implicará na eliminação do candidato.

**2.5 Da Reserva de Vagas para Negros e Índios**

- Conforme o estabelecido na Lei Municipal 5.695 de 27/03/2014 fica reservado a candidatos negros e índios, o equivalente a 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas neste Edital;
- De acordo com o estabelecido no Decreto Rio nº 42.574, de 18/11/2016, no ato da inscrição, o candidato deverá declarar expressamente a condição de negro ou índio, conforme o quesito utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, vedada a declaração em momento posterior;
- Caso o candidato não se autodeclarar no ato da inscrição, não será permitida qualquer alteração posterior à data do término das inscrições;
- A autodeclaração é facultativa, ficando o candidato submetido às regras gerais deste Edital, caso não opte pela reserva de vagas.
- A comprovação da autodeclaração de negro considerará o fenótipo apresentado pelo candidato e levará em conta as informações existentes, fornecidas ou não pelo candidato, que auxiliem na análise acerca da condição do candidato como negro.
- A comprovação da autodeclaração de indígena será realizada por meio de carta de recomendação assinada pelo cacique da comunidade à qual pertence o candidato, consoante a respectiva etnia, e/ou a assinatura do representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).
- Constatada a falsidade da declaração a que se refere o item b, deste Título, será o candidato eliminado do concurso e, se houver sido nomeado, ficará sujeito à nulidade de sua nomeação e posse no cargo efetivo, após procedimento administrativo no qual lhe sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- As vagas reservadas a candidatos negros e índios, conforme o quantitativo estabelecido no item 1, deste Edital, caso não sejam preenchidas, serão revertidas para o quadro de vagas regulares.
- Os candidatos concorrentes às vagas de negros e índios, se aprovados, além de figurarem na lista geral de classificação, terão seus nomes em relação à parte, observada a respectiva ordem de classificação obtida.
- Caso haja desistência de vaga do candidato negro ou índio aprovado, essa vaga será preenchida por outro candidato negro ou índio, respeitada a ordem de classificação da lista específica.

**2.6 - Da Pessoa com Deficiência**

- Fica reservado, no presente processo seletivo, 5% (cinco por cento) das vagas oferecidas para pessoas com deficiência, desde que comprovada a deficiência e a devida compatibilidade com as atividades do cargo, em conformidade com o disposto na Lei Municipal nº 4.950 de 02/12/08, Lei Municipal n.º 2.111 de 10/01/94, na Lei Municipal n.º 645 de 05/11/84 e no Decreto Municipal n.º 5.890, de 16/06/86.
- para as especialidades cujo número de vagas não alcance o quantitativo mínimo para aplicação do sistema de cotas será oferecido o cadastro reserva para cotas, na hipótese de, durante a validade do concurso, haver a necessidade de criação de novas vagas que sejam suficientes ao alcance do percentual mínimo para o oferecimento de reserva das respectivas vagas;
- o candidato interessado em concorrer ao cadastro reserva citado no item b deverá estar ciente de que, neste momento, estará concorrendo, somente, às vagas regulares.
- O candidato inscrito como pessoa com deficiência deverá assinalar o campo próprio do requerimento de inscrição, declarando a deficiência da qual é portador
- O candidato que não declarar no requerimento de inscrição que é pessoa com deficiência, concorrerá somente às vagas regulares, não sendo permitida qualquer alteração posterior à data do término das inscrições;
- As vagas reservadas a pessoas com deficiência, conforme o quantitativo estabelecido no item 1, deste Edital, caso não sejam preenchidas, serão revertidas para o quadro de vagas regulares;
- O candidato inscrito como pessoa com deficiência participará do processo seletivo em igualdade de condições com os demais candidatos, no que se refere aos critérios de avaliação do **ANEXO IV**;
- O reconhecimento da compatibilidade de sua deficiência com a atividade pertinente ao cargo será determinado por meio de Perícia Médica;
- O candidato inscrito como pessoa com deficiência, se aprovado na análise de currículo deverá comparecer no prazo de até 02 (dois) dias úteis, contados a partir da publicação do resultado da mesma, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, a Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas, da Subsecretaria de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde - S/SUBG/CGGP, situada na Rua Afonso Cavalcanti n.º 455, sala 615 -

Cidade Nova, no horário das 09h00 às 17h00, munido do original de documento oficial de identidade, para tomar ciência do dia, horário e local em que deverá comparecer à Coordenadoria de Perícias Médicas da Coordenadoria Geral de Recursos Humanos da Subsecretaria de Serviços Compartilhados da Secretaria Municipal da Casa Civil - CVL/SUBSC/CGRH/CPM, ficando a Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas - S/SUBG/CGGP desobrigada de realizar qualquer tipo de contato para este fim;

j) o candidato será encaminhado à Coordenadoria de Perícias Médicas - CVL/SUBSC/CGRH/CPM, para confirmação da deficiência declarada, conforme o disposto na legislação vigente;

k) no caso de ser pessoa com deficiência auditiva ou visual ou apresentar paralisia cerebral, o candidato deverá exibir, também, exame audiométrico, laudo oftalmológico com acuidade visual ou parecer neurológico, respectivamente, dentro do prazo de validade de 30 (trinta) dias, contados da data da emissão até a da apresentação;

l) constatada, pela CVL/SUBSC/CGRH/CPM, a necessidade de avaliação da capacidade laborativa do candidato pela Junta de Especialistas, o referido órgão informará à Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas - S/SUBG/CGGP para as providências pertinentes;

m) a Junta de Especialistas emitirá laudo fundamentado, declarando a compatibilidade ou não da deficiência com as atribuições do cargo a ser ocupado;

n) o candidato, cuja deficiência seja considerada pela Junta de Especialistas, incompatível com o regular exercício das atividades do cargo, será eliminado do processo seletivo;

o) O candidato considerado pela Coordenadoria de Perícias Médicas - CVL/SUBSC/CGRH/CPM como portador de deficiência fará jus aos benefícios da legislação pertinente, se obtiver a nota mínima para aprovação, conforme o estabelecido neste Edital;

p) O candidato considerado pela Coordenadoria de Perícias Médicas - CVL/SUBSC/CGRH/CPM como não portador de deficiência concorrerá, somente, às vagas regulares, se obtiver a nota mínima para aprovação, conforme o estabelecido neste Edital;

q) O candidato inscrito como pessoa com deficiência que não comparecer, no dia, hora e local determinados, para confirmação da deficiência declarada no ato da inscrição ou deixar de comparecer, se convocado, para a avaliação da Junta de Especialistas, concorrerá, somente, às vagas regulares;

r) Os candidatos considerados "pessoa com deficiência", conforme a legislação vigente, se habilitados, além de figurarem na lista geral de classificação, terão seus nomes publicados em relação à parte, observados a respectiva ordem de classificação obtida;

s) Os recursos contra o resultado das avaliações realizadas pela Coordenadoria de Perícias Médicas - CVL/SUBSC/CGRH/CPM pela Junta de Especialistas deverão ser interpostos no dia subsequente ao da publicação dos respectivos resultados e encaminhados à Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas da Subsecretaria de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

### 3 - DO CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO:

3.1 As etapas do Cronograma que compõem o Processo Seletivo estão dispostas no **ANEXO I** do presente Edital e deverão ser seguidas e acompanhadas pelos candidatos.

### 4 - DOS PROCEDIMENTOS PARA A INSCRIÇÃO:

4.1 Após a formalização da inscrição o candidato receberá o nº de protocolo referente à sua inscrição.

### 5 - DA ESTRUTURA DO PROCESSO SELETIVO:

5.1 O Processo Seletivo compreende a Análise de Currículo com a observância dos Critérios de Pontuação definidos no **ANEXO IV**, a seguir definidos:

#### a) Da Análise de Currículo:

a.1) Da documentação comprobatória, entregue no ato da inscrição, em conformidade com o disposto no item 2 deste edital;

a.2) Os Diplomas e/ou Certificados emitidos em língua estrangeira somente serão válidos se acompanhados de tradução feita por Tradutor Juramentado;

a.3) Será atribuída nota **zero** ao candidato que deixar de apresentar documentação comprobatória do Currículo;

a.4) O resultado da análise de Currículo será publicado no Diário Oficial da PCRJ, conforme cronograma do **ANEXO I**;

a.5) A análise do currículo terá caráter classificatório e eliminatório.

#### b) Dos Critérios de Pontuação:

b.1) Os critérios de pontuação da análise curricular estão definidos e obedecem ao disposto no **ANEXO IV** deste Edital.

#### c) Do Recurso

c.1) Caberá recurso uma única vez quanto ao resultado da análise do currículo, devendo o recorrente dar entrada no seu pedido no Protocolo Geral do CASS - Centro Administrativo São Sebastião, sito a Rua Afonso Cavalcanti, 455, Cidade Nova, conforme cronograma no **ANEXO I**.

O recurso deverá ser formulado em petição devidamente fundamentada e endereçada à Coordenação de Planejamento, Recrutamento e Seleção, que analisará a solicitação.

### 6 - DO RESULTADO DO PROCESSO SELETIVO:

6.1 O Resultado Final e a Homologação do processo seletivo serão publicados no Diário Oficial da PCRJ, conforme cronograma do **ANEXO I**.

### 7 - DA VALIDADE:

7.1 O prazo de validade deste processo seletivo será de **06 (seis) meses** a contar da publicação do resultado final.

### 8 - DO CRONOGRAMA DE CONTRATAÇÃO:

8.1 - A contratação dos classificados será realizada de forma programada ao longo do período de validade do processo seletivo.

### 9 - DA REMUNERAÇÃO:

9.1 O vencimento base da função corresponderá ao estabelecido na Tabela abaixo:

| EMPREGO   | CARGA HORÁRIA SEMANAL | SALÁRIO BASE | GRATIFICAÇÃO DE INSALUBRIDADE (LEI Nº 826/86) | ADICIONAL DE SUPERVISÃO | TOTAL REMUNERAÇÃO (R\$) |
|---|-----------------------|--------------|---|-------------------------|-------------------------|
| Médico (diversas especialidades)                              | 24                    | 2.148,00     | 429,60  | 4.103,88                | 6.681,48                |
| Médico (Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia) | 24                    | 2.148,00     | 429,60  | 5.129,85                | 7.707,44                |

### 10 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

10.1 Os candidatos participantes deste processo seletivo ficam submetidos ao cronograma estabelecido no **ANEXO I** do presente Edital;

10.2 Não serão aceitas inscrições por procuração nem documentos enviados via fax, via postal ou via correio eletrônico;

10.3 Em nenhuma hipótese haverá devolução de cópia de documentos apresentados para inscrição no processo;

10.4 Não caberá recurso contra o Resultado Final do Processo Seletivo;

10.5 Todo o processo referente à análise de Currículo estará a cargo da Coordenação de Planejamento, Recrutamento e Seleção;

10.6 Em caso de candidato com a mesma pontuação final será considerado como critério de desempate a idade (o candidato mais idoso);

10.7 Será classificado o candidato que apresentar como resultado final um total de no **mínimo 50 pontos**;

10.8 Será desclassificado o candidato que obtiver resultado final **inferior a 50 pontos**, bem como aquele que deixar de apresentar a documentação exigida no item 2 deste Edital.

10.9 A divulgação do Resultado Final e da Homologação estarão a cargo da Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas, e será disponibilizada através do **Diário Oficial da PCRJ e no endereço eletrônico www.rio.rj.gov.br/doweb**;

10.10 Havendo desistência do candidato classificado e convocado para contratação serão observadas as prerrogativas do presente edital, sendo convocado o candidato subsequente;

10.11 É de inteira responsabilidade do candidato a atualização cadastral para o caso de convocação;

10.12 Em caso de Acumulação de Cargos, Empregos ou Funções Públicas, a contratação estará condicionada à formal comprovação legal de Acumulação, bem como a compatibilidade da carga horária de trabalho;

10.13 Os candidatos aprovados neste processo seletivo que no momento da contratação não atenderem às exigências para ingresso na função, ou tiverem, **em período inferior a 03 (três) meses**, sido contratados temporários da Administração Pública com atuação na Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, conforme as legislações vigentes estarão automaticamente eliminados, permitindo a Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas convocar o candidato classificado que se encontre em posição subsequente;

10.14 Os candidatos aprovados serão convocados por ordem de pontuação, observado o desempate, quando couber, obedecida a totalidade das vagas estabelecidas no item 1 deste Edital, devendo comprovar aptidão para o exercício do cargo, ou seja, as condições físicas necessárias ao desempenho das funções para as quais será contratado;

10.15 Os candidatos classificados neste Processo Seletivo em número que exceda ao quantitativo de vagas ofertadas poderão ser convocados, de acordo com as necessidades da Administração Pública Municipal, observado o prazo limite estabelecido no item 7 deste Edital;

10.16 No momento da convocação dos candidatos classificados neste Processo Seletivo será observada a existência de banco de candidatos classificados em Processos Seletivos anteriores que estejam na validade;

10.17 Além da documentação exigida no item 2, os candidatos convocados deverão apresentar os documentos complementares à formalização dos respectivos contratos de trabalho, de acordo com o Edital de Convocação expedido pela Coordenação de Administração de Pessoas da Coordenadoria de Gestão de Pessoas;

10.18 Os contratos de trabalho serão regidos de acordo com os dispositivos da Lei Municipal nº 1.978 de 26 de maio de 1993 e suas alterações, regulamentada pelo Decreto Nº 12.577 de 20 de dezembro de 1993;

10.18.1 Os contratos de trabalho celebrados terão o prazo de duração de **01 (um) ano**, admitida, em caso de necessidade, uma única prorrogação por igual período;

10.19 A escala de serviço do contratado será estabelecida pela Unidade de lotação desta Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a carga horária definida no item I;

10.20 Os casos omissos ou não expressamente previstos neste Edital serão resolvidos pela Coordenadoria Geral de Gestão de Pessoas, aplicando-se a essas situações as normas de direito público cabíveis.

Rio de Janeiro, 04 de janeiro de 2019.

**PATRICIA PEREIRA KAUFFMANN DE MENEZES**

### ANEXO I

| PERÍODO         | EVENTO  |
|-----------------|---|
| 07/01/2019      | - PUBLICAÇÃO DO EDITAL  |
| 07 a 25/01/2019 | - PERÍODO DE INSCRIÇÃO<br>LOCAL: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601, Cidade nova, Rio de Janeiro, RJ *<br>HORÁRIO: 09h00 às 17h00                    |
| 05/02/2019      | - PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA ANÁLISE DE CURRÍCULO   |
| 06/02/2019      | - RECURSO REFERENTE À ANÁLISE DE CURRÍCULO<br>Local: Protocolo Geral do CASS *<br>Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 térreo<br>Horário: 09 às 17h00 |
| 13/02/2018      | - RESULTADO DA ANÁLISE DO RECURSO<br>- RESULTADO FINAL E HOMOLOGAÇÃO  |

\* O Centro Administrativo São Sebastião - CASS funciona de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

As publicações referentes a este processo seletivo estarão disponibilizadas através do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro e no endereço eletrônico <http://doweb.rio.rj.gov.br/>

### ANEXO II FICHA DE INSCRIÇÃO (PREENCHER COM LETRA DE FORMA)

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

Emprego a que concorre: \_\_\_\_\_

Unidade pretendida: \_\_\_\_\_

Nome Completo do Candidato: \_\_\_\_\_

Data do Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



CPF: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc. ( ) Fem. ( ) Estado Civil: Solteiro( ) Casado( ) Viúvo( ) Outros( ) \_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Certificado de Reservista: \_\_\_\_\_

Certidão de Nascimento ( ) / Casamento ( ) : \_\_\_\_\_

Carteira de Trabalho Nº: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ PIS/NIS: \_\_\_\_\_

Telefone com DDD: ( ) \_\_\_\_\_ Celular com DDD: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

- **Portador de deficiência:** ( ) SIM ( ) NÃO

Qual deficiência? \_\_\_\_\_

- **Reserva de vagas para negros e índios:**

Desejo concorrer às vagas reservadas para negros e índios, conforme estabelecido na Lei Municipal nº 5695, de 27 de março de 2014. Declaro que sou negro ou índio, conforme o quesito utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, na forma do Decreto Rio nº 42574 de 18 de novembro de 2016:

( ) SIM ( ) NÃO

Declaro conhecer, atender e aceitar todas as regras contidas no **Edital nº 001 de 04 de janeiro de 2019.**

Data da Inscrição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2019

Assinaturado Candidato: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**COMPROVANTE DO CANDIDATO**

**CONFIRMAÇÃO DA INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO DO EDITAL Nº 001 DE 04 DE JANEIRO DE 2019.**

**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SUBSECRETARIA DE GESTÃO**

**COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS**

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

Unidade Pretendida: \_\_\_\_\_

Emprego a que concorre: \_\_\_\_\_

Nome Completo do Candidato: \_\_\_\_\_

Assinatura e Matrícula do servidor da S/SUBG/CGGP/CPRS: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2019

Tel.: 3971-4977

**ANEXO III  
CURRICULLUM VITAE (modelo)**

**I - DADOS PESSOAIS:**

- 01 - NOME
- 02 - ENDEREÇO
- 03 - TELEFONE FIXO COM DDD:
- 04 - TELEFONE CELULAR COM DDD:
- 05 - E-MAIL:
- 06 - DATA DE NASCIMENTO:
- 07 - ESTADO CIVIL:
- 08 - SEXO: M / F
- 09 - NATURALIDADE:
- 10 - UF:
- 11 - NOME DO PAI:
- 12 - NOME DA MÃE:
- 13 - IDENTIDADE:
- 14 - ÓRG. EXP.:
- 15 - CPF:
- 16 - Nº(S) DA(S) CARTEIRA(S) DE TRABALHO:
- 17 - Nº DO PIS:

**II - FORMAÇÃO ESCOLAR OU ACADÊMICA:**

01 - TÍTULO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA (para preenchimento obrigatório dos candidatos às funções de nível superior, com diploma de graduação reconhecido pelo MEC):

**III - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO EMPREGO A QUE CONCORRE:**

INFORME, EM ORDEM CRONOLÓGICA REGRESSIVA, até o máximo de 05 anos, o tempo de experiência profissional desenvolvida no exercício de atividades no emprego para o qual está se candidatando.

01 - CARGOS OCUPADOS, FUNÇÕES EXERCIDAS (informar respectivos períodos)

02 - EXPERIÊNCIA ADQUIRIDA: (principais atividades, realizações relevantes e respectivos períodos)

DATA: / / 2019

**ATENÇÃO: ANEXAR, OBRIGATORIAMENTE, CÓPIAS DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS ELEMENTOS DECLARADOS, INCLUSIVE CARTEIRA DE TRABALHO, QUANDO HOUVER INFORMAÇÃO EMPREGATÍCIA.**

**ANEXO IV**

| REQUISITOS DE AVALIAÇÃO (MÉDICO DIVERSAS ESPECIALIDADES)   | Pontos   | Máximo     | Pontuação alcançada |
|--|--|------------|---------------------|
| Comprovação de Cursos de Atualização ou de aperfeiçoamento, na área de atuação pretendida.   | 5  | 10         |                     |
| Comprovação de Residência ou Especialização ou Título de Especialista ou Mestrado ou Doutorado em área correlata à área de atuação pretendida, exceto a utilizada como requisito para inscrição. | 20   | 20         |                     |
| Comprovação de experiência profissional em unidade de saúde pública no território nacional, exceto no caso de vínculo oriundo de contratação temporária na PCRJ. *                               | 30   | 30         |                     |
| Comprovação de experiência na especialidade a que concorre, exceto no caso de vínculo oriundo de contratação temporária na PCRJ. *   | 10 pontos por ano (a cada ano acima do tempo mínimo exigido) | 40         |                     |
| <b>TOTAL</b>   | <b>---</b>   | <b>100</b> |                     |

\* Na documentação que comprovará o tempo de experiência profissional no emprego pretendido pelo candidato deverá constar explicitamente o período, com início e fim.

**SUBSECRETARIA DE HOSPITAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS  
HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO  
CONVOCAÇÃO**

Comunicamos que as empresas abaixo relacionadas deverão comparecer, em um prazo de 5 (cinco) dias úteis a partir da data da publicação deste comunicação ao Hospital Municipal Miguel Couto, à Rua Mario Ribeiro, 117 - Gávea, com o respectivo carimbo, para retirada de Empenho, no horário de 9:00 às 16:00 hs. A não retirada do mesmo estará sujeito às sanções previstas na Legislação em vigor.

| EMPRESA  | EMPENHO   |
|--|-----------|
| CIRÚRGICA IPANEMA LTDA ME                          | 2018/1259 |
| INJEX INDÚSTRIAS CIRÚRGICAS LTDA.                  | 2018/1260 |
| CRISTALIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.    | 2018/1261 |
| PISOM DISTRIBUIDORA E COMÉRCIO DE PRODUTOS EIRELLI | 2018/1262 |
| CINORD SUDESTE QUÍMICA LTDA.                       | 2018/1263 |

**SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS MATERNIDADES  
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING  
EXPEDIENTE DE 26/12/2018**

**CANCELAMENTO DA(S) NOTA(S) DO(S) EMPENHO(S) RELACIONADO(S) ABAIXO:**

| EMPENHO 2018 | PROCESSO         | VALOR R\$ | FAVORECIDO                         | TIPO    |
|--------------|------------------|-----------|------------------------------------|---------|
| 02           | 0967/000011/2018 | 55.920,12 | LIGHT SERVICOS DE ELETRICIDADE S.A | PARCIAL |
| 03           | 0967/000011/2018 | 9.190,29  | LIGHT SERVICOS DE ELETRICIDADE S.A | PARCIAL |

**SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS MATERNIDADES  
HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING  
EXPEDIENTE DE 26/12/2018**

**CANCELAMENTO DA(S) NOTA(S) DO(S) EMPENHO(S) RELACIONADO(S) ABAIXO:**

| EMPENHO 2018 | PROCESSO         | VALOR R\$ | FAVORECIDO   | TIPO    |
|--------------|------------------|-----------|--|---------|
| 42           | 0967/000048/2017 | 4.182,00  | OREGON FARMACEUTICA LTDA                                 | TOTAL   |
| 319          | 0967/000098/2018 | 3.060,00  | PASSE VIP SISTEMAS DE IDENTIFICACAO LTDA                 | TOTAL   |
| 97           | 0967/000126/2017 | 289,67    | LABINBRAZ COMERCIAL LTDA                                 | PARCIAL |
| 136          | 0967/000180/2017 | 81,00     | LAB BRAX DIAGNOSTICA LTDA                                | TOTAL   |
| 225          | 0967/000180/2017 | 349,50    | MICROBAC PRODUTOS E SERVICOS PARA LABORATORIOS LTDA. EPP | TOTAL   |
| 226          | 0967/000180/2017 | 81,00     | LAB BRAX DIAGNOSTICA LTDA                                | TOTAL   |

**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSES  
EXPEDIENTE DE 28/12/2018**

| COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM ZOOSES<br>AUTOS DE INFRAÇÃO - NÃO RETIRADOS |   |
|--|---|
| Al n.º 861036<br>Data: 19/12/2018  | Bandeirantes Comércio de Rações Ltda, Estrada do Mendanha, 185, loja, 195, Campo Grande |

**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSES  
EXPEDIENTE DE 28/12/2018**

| COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM ZOOSES<br>AUTOS DE INFRAÇÃO - NÃO RETIRADOS |   |
|--|---|
| Al n.º 861124<br>Data: 21/12/2018  | Promove Projeto Médico Veterinário Limitada, Rua Visconde de Ouro Preto, 78, Botafogo |

**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSES  
EXPEDIENTE DE 03/01/2019**

| S/SUBVISA/CFS/IRFS - 4º IRFS - 4º INSPETORIA REGIONAL DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA<br>AUTOS DE INFRAÇÃO NÃO RETIRADOS |  |
|--|--|
| Al n.º 861001<br>Data: 18/12/2018  | RCP Comércio de Produtos Naturais e Orgânicos Eireli, Rua Engenheiro Haroldo Cavalcanti, 420 - Recreio |
| Al n.º 861002<br>Data: 18/12/2018  | Beer Garden Choperia Ltda, Av. Marechal Henrique Lott, 120 Loja 103 - Barra da Tijuca                  |