ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE FREI ROGÉRIO

RETIFICAÇÃO Nº 001/2026
AO EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 005/2026

O MUNICÍPIO DE FREI ROGÉRIO, Estado de Santa Catarina, através da Comissão de Acompanhamento do Processo Seletivo, no uso de suas atribuições legais, e a empresa **SC Treinamentos**, em atendimento ao Ofício nº 173/2026/GAB, de 17 de agosto de 2026, e com fundamento no poder de autotutela da Administração Pública, **TORNA PÚBLICO** a **RETIFICAÇÃO Nº 001/2026** ao **EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 005/2026**, conforme segue:

I- Fica **EXCLUÍDO** do presente Processo Seletivo o cargo de **MÉDICO CLÍNICO GERAL DO ESF**, por necessidade e conveniência da Administração Municipal.

II- Em razão do disposto no item I, fica excluída do quadro do item 2.1 do edital a linha correspondente ao cargo de Médico Clínico Geral do ESF, abaixo transcrita, permanecendo inalterados os demais cargos e respectivas informações:

Cargo/Função	Vagas	Carga Horária Semanal	Habilitação Mínima	Salário	Tipos de Prova	Valor da Taxa de Inscrição
Médico Clínico Geral do ESF	CR	40h	Portador de certificado de Conclusão de curso Superior em Medicina, com Registro no respectivo Órgão Fiscalizador da Profissão.	36.619,86	Objetiva	R$ 90,00

III- Ficam excluídos, em decorrência do item I, o conteúdo programático do cargo de Médico Clínico Geral do ESF constante do Anexo I – Conteúdo Programático da Prova Objetiva e as atribuições do referido cargo constantes do Anexo III – Atribuições dos Cargos.

IV- Os candidatos inscritos no cargo de Médico Clínico Geral do ESF que tenham efetuado o pagamento da taxa de inscrição poderão requerer a restituição integral do valor pago, mediante requerimento conforme modelo constante do Anexo Único desta Retificação, dirigido à Prefeitura Municipal de Frei Rogério – Setor de Tesouraria.

IV.1- O requerimento deverá ser instruído, obrigatoriamente, com: a) cópia do documento de identidade (RG) e do CPF; b) comprovante de inscrição; e c) comprovante do pagamento da taxa de inscrição.

IV.2- Os dados bancários indicados para a restituição deverão ser, obrigatoriamente, de titularidade do candidato/requerente.

IV.3- O requerimento deverá ser encaminhado no período de 19/08/2026 a 31/08/2026, através do e-mail gabinete@freirogerio.sc.gov.br.

IV.4- A restituição será efetuada pela Prefeitura Municipal de Frei Rogério no prazo de até 15 (quinze) dias, contados do protocolo do requerimento devidamente instruído.

V- Alternativamente à restituição de que trata o item V, o candidato inscrito no cargo excluído poderá requerer o aproveitamento do valor já recolhido para inscrição em outro cargo deste Processo Seletivo, desde que o pedido seja formalizado até o encerramento do prazo de inscrições e que o valor da taxa do cargo pretendido seja igual ou inferior ao valor já pago, não se aplicando, nesta hipótese, a vedação prevista no item 3.8.2 do edital.

VI- Os candidatos inscritos no cargo ora excluído serão comunicados desta Retificação por correio eletrônico, no endereço informado no ato da inscrição, sem prejuízo da publicação na forma prevista no item 1.5 do edital.

VII- Demais itens do edital permanecem inalterados.

Frei Rogério (SC), 19 de agosto de 2026.

IVO JOSE MAZZUCO
Prefeito Municipal

ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE FREI ROGÉRIO

ANEXO ÚNICO – RETIFICAÇÃO Nº 001/2026

MODELO DE REQUERIMENTO PARA RESTITUIÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO DO PROCESSO SELETIVO Nº 005/2026 DO MUNICÍPIO DE FREI ROGÉRIO / SC

Eu, _____, portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, com inscrição no Processo Seletivo nº 005/2026, para o cargo de _____, inscrição nº _____, solicito a devolução do valor pago a título de taxa de inscrição, no valor de R$ _____, em virtude da exclusão do cargo de Médico Clínico Geral do ESF do Edital de Processo Seletivo nº 005/2026 da Prefeitura Municipal de Frei Rogério / SC.

Anexo a este requerimento os documentos exigidos: cópia do documento de identidade (RG) e do CPF, comprovante de inscrição e comprovante de pagamento da taxa de inscrição.

Nome do Candidato:		Nº Carteira de Identidade:	
Nº CPF:		Nº da Inscrição:	
Nº Banco:	Agência:	Conta:	Tipo de Conta: corrente
Valor R$		Data do recolhimento:	
Motivo da Restituição:		( ) Cancelamento, anulação, revogação ou suspensão do cargo do processo seletivo.	
Contato Telefônico:		E-mail:	

* Os dados bancários informados para a restituição do valor pago pela inscrição deverão ser de titularidade do candidato/requerente.

Local: _____ / UF _____

Data: _____ / _____ / _____.

_____

ASSINATURA DO CANDIDATO/REQUERENTE
(igual ao documento de identidade – RG)