

TUTORIAL PARA INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO -PORTAL DO PROCESSO SELETIVO

- 1. Acesse o site https://sigrhportal.sea.sc.gov.br/SIGRHPPS/#/auth
- Não tem cadastro ainda? Clique em "Primeiro Acesso?" para se cadastrar.
 Já possui cadastro? Insira seu CPF, senha cadastrada (somente números e letras) e digite o Texto da Imagem para "Acessar" o Portal de Processo Seletivo.

Portal do Processo Seletivo				
L CPF				
Senha				
🔹 2 B 6 A 😂				
Texto da Imagem (Captcha)				
Mantenha-me conectado Esqueceu sua senha?				
Apessar				
Primeiro Acesso?				

- 3. No menu principal localizado na lateral esquerda, selecione a opção "Início" para verificar se existe Edital em aberto.
 - a) Verificar nº do Edital, Região/Município de inscrição e Cargo/Especialidade disponíveis;
 - b) Clicar no arquivo do Edital para visualizar o mesmo e, antes de clicar no botão de "Inscrição", leia atentamente todo o Edital.

sc.gov.br	GOVERNO DO ESTADO DE SANTA Secretaria de Estado da Administração Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de	CATARINA Pessoas	Pesquisar			Q Seja bern vinde	o(a)	🗘 🕞 Sair
🔺 Início	Processos seletivos							Voltar
/ Inscrições	Região Inscrição	Município Inscrição	Nº Edital	Órgão	Período inscrição	Cargo/Especialidade	Edital	
Dados de acesso	SEC.DESENVOLVIMENTO REGIONAL-JOINVILLE	JOINVILLE	0012/2025	SES	26/03/2025 17:00 a 08/04/2025 23:59	MEDICO/MEDICO - RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ß	Inscrição
	SEC.DESENVOLVIMENTO REGIONAL-JOINVILLE	JOINVILLE	0012/2025	SES	26/03/2025 17:00 a 08/04/2025 23:59	MEDICO/MEDICO - ANESTESIOLOGIA	ß	Inscrição
	SEC.DESENVOLVIMENTO REGIONAL-JOINVILLE	JOINVILLE	0012/2025	SES	26/03/2025 17:00 a 08/04/2025 23:59	MEDICO/MEDICO - GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	ß	Inscrição
	SEC.DESENVOLVIMENTO REGIONAL-GRANDE FLORIANOPOLIS		0013/2025	SES	27/03/2025 19:50 a 09/04/2025 23:59	FONOAUDIOLOGO/DISFAGIA	ß	Inscrição



4. Após clicar no botão de "Inscrição", verificar se o nº de Edital e o Cargo correspondem a

opção que o candidato deseja.

	GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Administração Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas	٩	Seja bem vindoja) BRUNA ADRIANA DA SILVA 🏚 🖙S CPF: 007.507.059-52
	Nova inscrição		Voltar
NOME: Chore and the control of the c		CPF: demonstration Descrição do edital: PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICAI POR PRAZO DETERMINADO, NO C/ REGIONAL HANS DIETER SCHIMID	DO 012/2025/SES, DE CONTRATACAO DE PESSOAL, ARGO DE MEDICO, PARA ATUAR NO HOSPITAL T, NA CIDADE DE JOINVILLE.
	Cargo: MEDICO/MEDICO - RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM		
	Edital:		

 No campo "Dados pessoais", preencha todos os campos obrigatórios para prosseguir com a inscrição:

Data de nascimento:	Estado civil:
DD/MM/YYYY	Selecione um item
Campo obrigatório	Campo obrigatório
Sexo:	Escolaridade:
Selecione um item	✓ Selecione um item
Campo obrigatório	Campo obrigatório
Candidato com deficiência - Lei nº	Quantidade de filhos menores de 14
17.292/2017	anos:
Selecione um item	

 No caso de filhos menores de 14 anos, indique a quantidade e insira em um único arquivo em PDF a certidão de nascimento ou identidade dos filhos (tamanho máximo do arquivo de 2MB).

Quantidade de fi anos:	ilhos menores de 14	
2		
Anexar comprova	nte Dependente Menor:	,
Extensões de	arquivo permitidas: pdf. Ta	manho: 2048 Kb
Escolher arquivo	Nenhum arquivo escolhi	do
Campo obrigatório		



7. No campo "Carteira de Identidade", preencha todos os campos obrigatórios para prosseguir com a inscrição e insira o arquivo de um documento de identificação com foto e CPF

conforme item 4.3.1 "a" do Edital:

№ do RG:		Órgão emissor:
		Selecione um item
Campo obrigatório		Campo obrigatório
JF:		Data de expedição:
Selecione um item	~	DD/MM/YYYY
Campo obrigatório		Campo obrigatório
Anexar comprovante:		
Extensões de arquivo permitidas: PDE Tamanho: 2048 Kh		
Litensoes de arquivo permitidas. FDF. Talfiarino. 2040 KD		

8. Os campos "Carteira Nacional de Habilitação (CNH)" e "Carteira de Identidade Profissional" <u>só precisam serem preenchidos se forem solicitados no Edital</u>, NÃO são campos obrigatórios e fica facultativo ao candidato preencher.

e registro:	Categoria:		UF:		
			Selecione um item		
Anexar comprovante:					
Extensões de arquivo permitidas: PDF. Tamanho: 2048 Kb					
Escolher arquivo Nenhum arqui	ivo escolhido				
Carteira de Identidade Profissio	onal				

- 9. No campo "Endereço Residencial", preencha todos os campos obrigatórios para prosseguir com a inscrição e insira um arquivo para comprovação do endereço.
- 10. No campo "Informações de Contato", Informe pelo menos um número de telefone e Informe pelo menos um e-mail, para prosseguir com a inscrição.



11. No campo "Formação acadêmica", fique atento a observação dos diplomas/certificados obrigatórios (o candidato não conseguirá continuar sua inscrição senão preencher a formação obrigatória). Para inserir as informações e arquivos, clique no botão "Adicionar curso"

Formação acadêmio	ca			
Adicionar curso				
Formação	Curso	Instituição	Ano de conclusão	Modalidade
É necessário informar a gra	dução obrigatória. Formação(õ	es) Obrigatória(as): GRADUAÇÃO,TI	ITULO EXIGIDO COMO REQUISITO	-

12. No campo "Formação acadêmica", ao clicar no botão "Adicionar curso", o candidato deve preencher todas as informações referentes àquela formação e inserir o arquivo correspondente.

1° selecionar opção de grau de escolaridade do cargo exigido no requisito do Edital, se ENSINO MÉDIO, ou ENSINO TÉCNICO ou GRADUAÇÃO;

2º selecionar opção "TÍTULO EXIGIDO COMO REQUISITO", nos casos de cargo de nível superior quando além da graduação, seja exigido um ou mais títulos de PÓS-GRADUAÇÃO, RESIDÊNCIA EM SAÚDE, TÍTULO DE ESPECIALISTA OU CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO, em um único arquivo em PDF.

3º selecionar as demais opções somente para títulos que não sejam exigidos como requisito para o cargo para fins de pontuação e que tenham relação com o cargo e atuação (nos casos de Pós-Graduação Lato Sensu e/ou Residência) e que sejam no cargo e atuação (nos casos de Mestrado e/ou Doutorado), em conformidade com o item 5.3 do Edital.

Formação acadêmica				
Grau de Escolaridade Atual (Formação)				
Selecione um item				
Selecione um item				
GRADUAÇÃO				
MESTRADO				
DOUTORADO				
RESIDENCIA EM SAUDE				
TITULO EXIGIDO COMO REQUISITO				
POS GRADUACAO LATO SENSU				

13. No campo "Formação acadêmica", ao selecionar a opção da Formação, o candidato deve preencher todas as informações referentes àquela formação e escolher o arquivo para anexar



(para cada formação selecionada, deverá ser inserido um arquivo exclusivo com os documentos correspondentes aquela formação, no botão "Escolher arquivo").

GRADUAÇÃO Curso:	Instituição
Curso:	Instituição:
	msutuiçao:
MEDICINA	UNISUL
Ano de conclusão	Modalidade:
2019	PRESENCIAL OU EAD
Anexar comprovantes:	

14. Ao incluir o anexo, o candidato clicará no botão "Adicionar" e incluirá o arquivo conforme determinado no Edital. Após, se necessário adicionar mais formações, o candidato clicará no botão "Adicionar curso" novamente.

Ano de conclusão			Modalidade:		
2019			PRESENCIAL		
Visualizar anexo E	xcluir anexo				
					Adicionar
Formação acadêmica	1				
Adicionar curso					
Formação	Curso	Instituição	Ano de conclusão	Modalidade	
GRADUAÇÃO	MEDICINA	UNISUL	2019	PRESENCIAL	Excluir Visualizar arquivo

15. Selecione nos campos "Jurado" e "Mesário" entre as opções "Sim" e "Não" e anexe o arquivo correspondente no caso da opção "Sim".

Jurado Trabalhou como jurado?		11
		wesano
Selecione um item		Trabalhou como mesário na última eleição?
Campo obrigatório Anexar comprovante:		Selecione um item
Extensões de arquivo permitidas: PDF. Tamanho: 2048 Kb		Campo obrigatório Anexar comprovante:
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido		

16. No campo "Vínculo de trabalho", ao clicar no botão "Adicionar Vínculo de trabalho", o candidato deve preencher todas as informações referentes às experiências comprovadas em conformidade com o item 5.2.2 do Edital.



Vínculo de trabalho		
Adicionar Vínculo de trab	alho	
Тіро	Data Início	Data Fim

- 17. Ao clicar no botão "Adicionar Vínculo de trabalho", o candidato clicará nos campos obrigatórios e para cada período informado, deverá anexar o documento comprobatório daquele período, clicando no botão "Escolher arquivo" e em "Adicionar"
 - a) Contratos com períodos inferiores a 6 meses não são aceitos;

b) Somente serão pontuadas as experiências que certifiquem a experiência especificamente **no exercício do cargo e atuação** pretendidos, conforme item 2.1 e seus subitens.

c) No caso de contratos da Carteira de Trabalho física ou digital poderá ser utilizado o mesmo arquivo para todos os contratos informados, no entanto os períodos de cada contrato deverão ser informados individualmente. Atenção as demais regras do item 5.2.2.b do Edital.

d) Quando o contrato não possuir data fim (contratos em aberto), o candidato deverá anexar declaração que comprove a continuidade ou a suspensão do vínculo, com carimbo e assinatura dos responsáveis pela empresa contratante em conformidade com o item 5.2.2.a do Edital **e informar na Data Fim (a data da emissão da declaração** – item 5.2.2.a.2 do Edital)

Vínculo de trabalho				
Vínculo de Trabalho:				
Selecione um item				~
Campo obrigatório				
Data Início:		Data Fim:		
01/01/2015		01/10/2015		
Anexar comprovante:				
Extensões de arquivo permitidas: PDF. Tamanho: 2048 Kb				
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido				
				Adicionar Cancelar
Тіро	Data Início	Data Fim		
EXPERIÊNCIA ESPECÍFICA	12/12/2012	12/11/2014	Excluir	D

18. Ao terminar a inscrição, clicar no botão inferior do lado direito "Confirmar dados para revisão".

Vínculo de trabalho				
Adicionar Vínculo de trabalho				
Тіро	Data Início	Data Fim		
EXPERIÊNCIA ESPECÍFICA	01/12/2015	01/12/2018	Excluir	Ø
			~	
				Confirmar dados para revisão



19. Candidato deve revisar e verificar todos os dados e anexos da sua inscrição antes de clicar

em "Confirmar minha inscrição".

Revisão dos dados de inscrição		Voltar
Dados pessoais		
Cargo: Nome completo: RG: Carteira Nacional de Habilitação (CNH): CPF: Endereço: Bairro: CEP: Cidade: Estado: E-mail principal: E-mail principal: E-mail alternativo: Data de Nascimento: Estado civil: Escolaridade: Sexo: Telefone Fixo: Telefone Fixo: Telefone Celular: Candidato com deficiência - Lei nº 17.292/201 Quantidade de filhos	ANALISTA TECNICO ADMINISTRATIVO/ANALISTA TECNICO ADMINISTRATIVO FULANO DE TAL 44444 SP/SC 13/07/2018 Número: Categoria: UF: (777.777.123-23 RUA DAS FLORES BARREIROS 88130-000 SAO JOSE SC fulanodetal@gmail.com 05/05/1988 Casado POS-GRADUACAO Feminino (48) 9 9898-8777 Não	

- 20. Ao verificar, se precisar corrigir algo, clicar em "corrigir dados". Se estiver tudo correto,
 - clicar em nas opções de "Declaro..." e clicar no botão "Confirmar minha inscrição"



21. Ao Confirmar a inscrição, o candidato será redirecionado para o menu "Inscrições" e receberá email de confirmação. Pronto! A partir deste momento o candidato estará participando do Processo Seletivo Simplificado e deve acompanhar o resultado no site oficial da Saúde/SC e no seu login do candidato.

🔺 Início	Minhas inscriçõe	Minhas inscrições V							
🖉 Inscrições	Nº de	N° Edital	Data de	Cargo	Região	Município	Visualizar	Visualizar	
P Dados de acesso	0000000177	0014/2025 SES	09/04/2025	ANALISTA TECNICO ADMINISTRATIVO	SEC.DESENVOLVIMENTO REGIONAL- GRANDE FLORIANOPOLIS	FLORIANOPOLIS	clussincuçuo		

ATENÇÃO!!!

1- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR EM ARQUIVOS DE FORMATO .PDF NO TAMANHO MÁXIMO DE 2MB.

2- O CANDIDATO DEVE VISUALIZAR TODOS OS ANEXOS INCLUÍDOS PARA VERIFICAR SE ESTÃO LEGÍVEIS E VISÍVEIS, ANTES DE CLICAR EM CONFIRMAR A INSCRIÇÃO.



3 – É DE RESPONSABILIDADE DO CANDIDATO VERIFICAR SE O CARGO SELECIONADO ESTÁ CORRETO, SE AS INFORMAÇÕES E DOCUMENTAÇÕES ESTÃO CORRETAS, POIS NO MOMENTO DA CONFIRMAÇÃO DA INSCRIÇÃO, NÃO SERÁ MAIS POSSÍVEL EDITAR OU CANCELAR A INSCRIÇÃO (MESMO QUE AS INSCRIÇÕES AINDA ESTEJAM EM ABERTO).

4 – Para maiores dúvidas entrar em contato com a Comissão exclusivamente por e-mail: <u>inscricaopss@saude.sc.gov.br</u>

5 - A Comissão não recebe documentos ou inscrição por e-mail!

6 - Para alterar nome, e-mail, senha ou data de nascimento, acessar o menu "Dados de acesso"

Dados de acesso				
NOME: FULANO DE TAL				
Nome Completo				
FULANO DE TAL				
Data de nascimento				
20/01/1991				
E-mail: fulanodetal@gmail.com		Alterar e-mail		
Alteração da senha			J	
Alterar senha de acesso				
Informe sua senha para confirmar a alteração de seus dados				
	0			

7 – Para acompanhar os resultados dos Editais, acessar o site oficial da Secretaria da Saúde/SC: <u>https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/processos-seletivos-ses</u>

8 – A Comissão não fornece informações sobre CHAMADA, CONVOCAÇÃO ou CONTRATAÇÃO, para isso encaminhar e-mail para <u>ingresso@saude.sc.gov.br</u> ou acompanhar no <u>https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/pss-ses-link-categoria/ nomeacoes-e-convocacoes?layout=default</u>