



CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS MUNICÍPIO DE NOVO MACHADO

EDITAL N.º 03/2025 – RETIFICAÇÃO DO EDITAL DE ABERTURA E INSCRIÇÕES

O Município de Novo Machado faz saber, pelo presente Edital, que retifica-se:

1. O item 5, do Quadro de Cargos, quanto ao vencimento do cargo de Médico, nos termos do Artigo 37, XI, da Constituição Federal, que passa a vigor conforme a seguir:

5. DO DEMONSTRATIVO DOS CARGOS, ESCOLARIDADE, PADRÃO, VALOR, VAGAS, CARGA HORÁRIA E BENEFÍCIO

(...)

Cargos, Escolaridade, Valor, Vagas e Carga Horária						
Cargos	Escolaridade	Vencimento R\$ (setembro/2025)	Vagas	Carga Horária Semanal	Observações	
13	Médico	Ensino Superior completo	R\$ 26.857,76* R\$ 13.457,02	CR	40h	Curso Superior completo em Medicina; Habilitação legal para o exercício da profissão de Médico.

* Vencimento básico limitado ao teto remuneratório que corresponde ao valor máximo do subsídio do Prefeito Municipal.

2. SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

2.1. Os candidatos que se inscreveram para o cargo de **Médico** e que realizaram o pagamento do boleto bancário, poderão solicitar o ressarcimento do valor da taxa de inscrição, devido alteração do vencimento básico do referido cargo.

a) Os candidatos que desejam solicitar o ressarcimento deverão formalizar o pedido **até o dia 31/10/2025**, através do item “Ressarcimento da Taxa de Inscrição” na Área do Candidato: <https://candidato.legalleconcursos.com.br/>, anexando obrigatoriamente os seguintes documentos: boleto bancário e respectivo comprovante de pagamento, e o Formulário presente no Anexo Único deste Edital devidamente preenchido e assinado a próprio punho ou de forma digital com autenticação eletrônica.

b) Após a conferência da documentação, será realizado o ressarcimento em até 30 (trinta) dias após o prazo referido no item anterior.

Novo Machado, 28 de outubro de 2025.

Valdeci Natalino Dallenogare,
Prefeito Municipal de Novo Machado/RS.



**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS
MUNICÍPIO DE NOVO MACHADO**

Anexo Único – Formulário de Ressarcimento

Eu, _____ (nome do/a candidato/a),
CPF nº _____, inscrito(a) no cargo de **Médico** no Concurso Público nº 01/2025 do
Município de Novo Machado/RS, solicito através deste Formulário o ressarcimento da taxa de inscrição.

DADOS PARA RESSARCIMENTO

Informo a seguir meus dados bancários para o ressarcimento da inscrição realizada, o qual se dará através de PIX:

Número da Inscrição: _____

Tipo de Chave PIX:

CPF Telefone E-mail Aleatória

Chave PIX: _____

Importante: A chave PIX obrigatoriamente deve ser nominal ao candidato(a).

Assinatura do(a) candidato(a)

(assinado a próprio punho ou de forma digital com autenticação eletrônica)