

**EDITAL SMS Nº 09/2019**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR PARA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SOBRAL NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DO DECRETO MUNICIPAL Nº 2240, DE 04 DE JULHO DE 2019.**

**DÉCIMO TERCEIRO TERMO DE CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO**

O **MUNICÍPIO DE SOBRAL**, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, neste ato representado por sua secretária, **Regina Célia Carvalho da Silva**, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista que restou devidamente homologado o resultado final do processo seletivo regulado pelo **Edital SMS 09/2019, conforme publicado no Diário Oficial do Município de nº 603 de 05 de agosto de 2019, RESOLVE:**

- I. **CONVOCAR** os candidatos classificados abaixo transcritos, para efetuar o procedimento de contratação.

<b>CÓD 13 AE - FARMACÊUTICO</b>		
<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
LUÍS MIGUEL FERNANDES DE SOUZA	1ª	Até 31/12/2020

<b>CÓD 20 AE - ASSISTENTE SOCIAL</b>		
<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
HELIANDRA LINHARES ARAGÃO	1ª	Até 31/12/2020

- II. **INFORMAR** que os candidatos convocados deverão preliminarmente se submeter ao Exame Médico Admissional para a obtenção do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), o qual deverá ser realizado no CEREST, situado na Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-20, **no dia 30 de abril de 2020, no horário das 08h às 12h e das 13h às 16h** (horário local).
- III. **INFORMAR** que, no dia designado para a realização do Exame Médico Admissional, os candidatos convocados receberão a declaração para a abertura de Conta Corrente no **Banco Itaú**, situado na Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1750 - Térreo 1º Pavimento - Centro, Sobral - CE, 62010-295, no horário das 9h às 14h (horário local).

IV. **INFORMAR** que, após a obtenção do Atestado Médico Ocupacional e da abertura da Conta Corrente no Banco Itaú, os candidatos convocados deverão efetuar o pré-cadastro no site da Prefeitura Municipal de Sobral, através do endereço eletrônico: <http://precadastrorh.sobral.ce.gov.br>, e enviar a documentação abaixo elencada, no formato PDF (*Portable Document Format*), em arquivos separados, para o e-mail: [sandravasconcelos@sobral.ce.gov.br](mailto:sandravasconcelos@sobral.ce.gov.br), **até o dia 04 de maio de 2020.**

- a) CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social);
- b) PIS;
- c) 01 Foto 3x4;
- d) RG;
- e) CPF;
- f) Título de Eleitor;
- g) Carteira de Reservista;
- h) Certidão de Nascimento ou Casamento;
- i) Número de conta corrente no Banco ITAÚ;
- j) Comprovante de Residência;
- k) Comprovação da titulação exigida no edital;
- l) Registro regular no conselho de sua categoria profissional;
- m) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO);
- n) Certidão negativa de débitos da Fazenda Pública Municipal, Estadual e Federal.
- o) Ficha cadastral (ANEXO I) devidamente preenchida;
- p) Declaração de não acumulação ilícita de cargos, empregos e funções públicas (ANEXO II).
- q) Declaração de bens (ANEXO III);
- r) Declaração de bens apresentada Receita Federal.

V. **INFORMAR** que no dia 05 de maio de 2020, os candidatos convocados receberão o contrato, através do e-mail enviado, o qual deverá ser impresso em duas vias, devendo rubricar as duas primeiras folhas e assinar acima de seu nome na terceira folha, em todas as vias, **o qual deverá ser devolvido em envelope lacrado até o dia 06 de maio de 2020, na portaria da sede da Secretaria Municipal da Saúde, situada na Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200, no horário de 08 às 16h.**

Sobral, CE, 28 de abril de 2020.

**Regina Célia Carvalho da Silva**  
**Secretária Municipal da Saúde**

Foto

**ANEXO I**  
**FICHA CADASTRAL**  
**CADASTRO DE SERVIDOR**

**NOME DO SERVIDOR:**

MAT:	DATA DE ADMISSÃO: / /	EMAIL:
ENDEREÇO:	Nº	BAIRRO:
CIDADE:	CEP:	FONE: CEL.:
PAI:		
MÃE:		
NASC: / /	SEXO:	EST. CIVIL:
IDENTIDADE Nº	ORG EXP.:	DATA EMISS: / /
CPF:	PIS/PASEP:	DATA EMISS: / /
RESERVISTA:		
TITULO ELEIT:	ZONA:	SEÇÃO:

**GRAU DE INSTRUÇÃO**

Primário Incom <input type="checkbox"/>	2º grau <input type="checkbox"/>	incomp <input type="checkbox"/>	Pós-graduação <input type="checkbox"/>
Curso de Graduação			
Primário Comp <input type="checkbox"/>	2º grau comp <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>	
1º grau incomp <input type="checkbox"/>	Superior inco <input type="checkbox"/>	Doutorad <input type="checkbox"/>	
1 grau Comp <input type="checkbox"/>	Superior com <input type="checkbox"/>		

**FORMA DE ADMISSÃO**

Cart. Assinada <input type="checkbox"/>	Concursado <input type="checkbox"/>	Cargo Comiss. <input type="checkbox"/>
PORTARIA DA ADMISSÃO Nº	ATO Nº	
CARGO:	FUNÇÃO:	
SECRETARIA ONDE ESTÁ LOTADO(A):		
SETOR:		

IRRF	NOME	PARENTESCO/CÔNJUGE	DATA DE NASCIMENTO

- Assinale com um X os dependentes que constarão como dependentes do Imposto de Renda.

OBS: AGENCIA BANCARIA \_\_\_\_\_ CONTA Nº \_\_\_\_\_ OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO II**  
**DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO ILÍCITA DE CARGOS, EMPREGOS E FUNÇÕES PÚBLICAS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
aprovado na para a vaga de \_\_\_\_\_ no processo seletivo simplificado regulado pelo edital nº \_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins de contratação com o Município de Sobral/Secretaria Municipal da Saúde, que:

() **Não exerço** outro cargo, emprego ou função pública no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, Direta ou Indireta, conforme estabelecido pelo Art. 37, inciso XVI e XVII da CF/88 e suas normatizações, tendo assim, disponibilidade da carga horária prevista no referido edital, para licitamente exercer a função para a qual fui selecionado(a).

() **Exerço** outro cargo, emprego ou função pública no âmbito da Administração Pública () Federal, () Estadual ou () Municipal, Direta ou Indireta, como \_\_\_\_\_, lotado no \_\_\_\_\_, com carga horária de \_\_\_\_ (20h/40h), das \_\_\_\_ h as \_\_\_\_h, passível assim, de acumulação lícita, por estar em conformidade com o estabelecido pelo Art. 37, inciso XVI e XVII da CF/88 e suas normatizações.

**Art. 37.**

**XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:**

**a) a de dois cargos de professor;**

**b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;**

**c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;**

**XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder.**

Declaro, ainda, que tomei conhecimento do inteiro teor das normas acima relacionadas e que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício da função para a qual serei contratado.

Sobral, CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**ANEXO III  
DECLARAÇÃO DE BENS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à  
Rua \_\_\_\_\_, declaro que até a data presente:  
posso os seguintes bens móveis, imóveis e semoventes:

- ( ) Não possuo Bens a declarar;  
( ) Posso os seguintes bens móveis, imóveis e semoventes:

<b>Descrição do bem</b>	<b>Valor</b>
1.....	.....
2.....	.....
3.....	.....
4.....	.....
5.....	.....
6.....	.....
7.....	.....
8.....	.....
9.....	.....
10.....	.....
11.....	.....

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante