

**EDITAL SMS Nº 04/2020**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO A CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DE PROFISSIONAIS PLANTONISTAS NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1.613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DO DECRETO MUNICIPAL Nº 2.387, DE 29 DE MARÇO DE 2020.**

**SEGUNDO TERMO DE CONVOCAÇÃO**

O **MUNICÍPIO DE SOBRAL**, através de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, neste ato representado por sua secretaria, **Regina Célia Carvalho da Silva**, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a homologação do resultado final do Processo Seletivo Simplificado, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município de nº 797 de 09 de maio de 2020, **RESOLVE**:

- I. **CONVOCAR** os candidatos abaixo relacionados para efetuar o procedimento de contratação.

<b>FUNÇÃO: ENFERMEIRO PLANTONISTA UTI</b>		
<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Paulo Henrique Aguiar Carneiro	13º	3 (três) meses
Luiza Lorena de Sousa Brito do Nascimento	14º	

- 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 **Centro de Especialidades Médicas Doutor Aristides Andrade, situado na Avenida Lúcia Saboia, 144, Centro – CEP: 62.010-830, no dia 21 de maio de 2020, no horário das 08h às 12h** (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://precadastroh.sobral.ce.gov.br>, e enviar a documentação abaixo elencada, no

formato PDF (*Portable Document Format*), em arquivos separados, para o e-mail: [sandrasconcelos@sobral.ce.gov.br](mailto:sandrasconcelos@sobral.ce.gov.br), até às 16h do dia 23 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 **26 de maio de 2020**, os candidatos convocados receberão o contrato, através do e-mail enviado para a inscrição, 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 na mesma data (26/05/2020), em envelope lacrado, 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, 19 de maio 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 incol <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 Commiss. <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 20\_\_\_\_.

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