

EDITAL SMS Nº 01/2020

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO A CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DE PROFISSIONAIS PARA O ENFRENTAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS CAUSADOR DA COVID-19, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DOS DECRETOS MUNICIPAIS DE Nº 2.367, DE 13 DE MARÇO DE 2020 E DE Nº 2.387, DE 29 DE MARÇO DE 2020

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DO RESULTADO FINAL E CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO

O **MUNICÍPIO DE SOBRAL**, através de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, neste ato representado por sua secretária, **Regina Célia Carvalho da Silva**, no uso de suas atribuições legais, após a necessária vista e conferência de todos os atos havidos antes, durante e após a realização do Processo Seletivo Simplificado, objetivando a seleção de profissionais voltados ao enfrentamento do novo coronavírus, causador da COVID-19, **RESOLVE:**

- I. **HOMOLOGAR** o resultado final do certame, publicado no Diário Oficial do Município de nº 775 em 11 de abril de 2020 e de nº 777 em 14 de abril de 2020, para que produza os seus jurídicos e legais efeitos.
- II. **CONVOCAR** os candidatos classificados constante do **ANEXO I** do presente termo para efetuar o procedimento de contratação, a qual se dará pelo prazo de 6 meses.
- III. **INFORMAR** que, para a contratação, os candidatos ora convocados deverão preliminarmente se submeter ao Exame Médico Admissional, para a obtenção do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), o qual será realizado no CEREST, situado na Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-20, no horário das **08h às 12h e das 13h às 16h** (horário local), seguindo o cronograma abaixo, organizado por categoria profissional:

Dia 20 de abril de 2020

- CÓDIGO 11 – ENFERMEIRO
- CÓDIGO 16 – FARMACÊUTICO 40h
- CÓDIGO 24 – NUTRICIONISTA

Dias 22 e 23 de abril de 2020

- CÓDIGO 04 – TÉCNICO DE ENFERMAGEM
- CÓDIGO 21 – MÉDICO PLANTONISTA GENERALISTA

Dia 24 de abril de 2020

- CÓDIGO 09 – TÉCNICO DE RADIOLOGIA
- CÓDIGO 02 - AUXILIAR DE FARMACIA
- CÓDIGO 01 - AUXILIAR DE ESCRITÓRIO
- CÓDIGO 10 – ASSISTENTE SOCIAL
- CÓDIGO 03 – MAQUEIRO
- CÓDIGO 06 - RECEPCIONISTA
- CÓDIGO 07 – ALMOXARIFE
- CÓDIGO 13 – FISIOTERAPEUTA

IV. **INFORMAR** que, no dia designado para a realização do Exame Médico Admissional, os candidatos 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).

V. **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: sandravasconcelos@sobral.ce.gov.br

- 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 II) devidamente preenchida;
- p) Declaração de não acumulação ilícita de cargos, empregos e funções públicas (ANEXO III).
- q) Declaração de bens (ANEXO IV);

r) Declaração de bens apresentada à Receita Federal.

VI. INFORMAR que, nos dias 27 e 28 de abril de 2020, os candidatos 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 e identificado com o nome completo e o código da função até o dia 29 de abril 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 08h às 16h.

Sobral, CE, 16 de abril de 2020.

Regina Célia Carvalho da Silva
Secretária Municipal da Saúde

ANEXO I

CÓDIGO 01 - AUXILIAR DE ESCRITÓRIO
Franciane Monção Alves
Caio César Rodrigues da Silva
Isabele de Sousa Prudencio
Daniel Fernandes de Sousa
Livia Fernandes Lima Melo
Marcia Maria Vasconcelos Ferreira
Ricardo Franklin Fernandes
Francisco André de Sousa Gomes
Anderson Diniz de Oliveira

CÓDIGO 02 - AUXILIAR DE FARMACIA
Geise Kelly Pontes Bezerra
Francisco Wilson Venancio dos Santos
Laura Barreto Nogueira
Leandro Joaquim Barreto Nogueira

CÓDIGO 03 – MAQUEIRO
Isaú Romulo Marques de Sousa

CÓDIGO 04 – TÉCNICO DE ENFERMAGEM
Maria Edvania Miguel do Nascimento

Andressa Tavares Vieira
Elisângela Ricardo de Souza
Aline Mendes de Andrade
Elaine Sousa Lustroza
Ana Alice Mendes de Araújo
Antonia Cláudia Marques Chaves
Maria Camila de Araújo dos Reis
Alberto Wendell Eugenio de Moura
Andriele da Silva Vasconcelos
Maria Beranilsa Barbosa
Conceição Luana Sousa dos Santos
Francisco Wender Marques Vasconcelos
Antonio Fabrisson Vieira
Ana Brena Moura Vasconcelos
Francisco Leonardo Brandão Barros
Maria Lucila da Silva Ferreira
Maria Iduina Ferreira Lourenço
Alysson Silva de Castro
Maria Caroline de Oliveira
Maria Izilda Barbosa
Vera Lúcia de Mesquita Barbosa
Jaira de Almeida Viana
Francisca Kely Vasconcelos Rocha
Carlos Henrique Ferreira Rodrigues

Jaqueline Aguiar Lucas
Francisca Maria Melo Rodrigues
Joicy Erika Marques Farias
Michele Parente Aguiar
Antonio Rondinele do Nascimento Carvalho
Luana Maria Diogo
Ana Samily Carvalho
Karolany Silva Souza
Francisco Gleide Ferreira de Souza
Rosiclea do Nascimento Galdino
Ana Carine Viana Barbosa
Ivan Jakov Costa Oliveira
Maria Esteva Rodrigues Silva
Camila Lira de Maria
Maria Ester Rodrigues Silva
Maria Suelane Pereira da Silva
Edejonas Alves do Nascimento
Francisco James da Silva Costa
Allana Matos Carlos
Gleicyane Lino Moreira
Fabiula Rangel de Sousa
Elaine Santos Alves
Luana Kelly Mendes da Silva

CÓDIGO 06 - RECEPCIONISTA

Ana Lidia Gonçalves de Sousa

Marcos Venicius da Silva Vasconcelos

Anna Regia Mooryell Gomes Sousa e Silva

Francisca larisce Inocencio Gomes

Rita de Kássia Abreu Souza

CÓDIGO 07 – ALMOXARIFE

José Raimundo Mesquita da Silva

Clayton Ferreira Paiva

CÓDIGO 09 – TÉCNICO DE RADIOLOGIA

Gretchen Trevia Soares

CÓDIGO 10 – ASSISTENTE SOCIAL

Jane Eduarda de Lira Moura

Elaine Gomes Boto

CÓDIGO 11 – ENFERMEIRO

Maria da Conceição Fernandes de Sousa

Francisca Andrea Ribeiro da Silva

Aryanderson de Carvalho Eloi

Claudia Cristina Barbosa

Sebastião Alves Fernandes

Samia Vasconcelos Marques Leite
Francisco Alexsandro Paiva Mesquita
Jeane Maria da Silva Fonseca
Andrezza Mesquita Veras Gomes
Marcio Venicio Alcântara de Moraes
Joana Darc Dias Pessa
Mikaelly Laurindo Arruda
Maria Tassyelia Batista Carlos
Verusca Gonçalves Ferreira
Flavia Oliveira dos Santos
Vanusa Helena de Oliveira Melo
Claudia Maria Nascimento Menezes
Daniel Rocha Carneiro
Cinthya Gameleira Silva
Maria do Socorro Sousa Castro
Francisca Clarisse Silva dos Santos
Renata Morais Rocha
Ana Sibebe Almeida Silva
Marisa Ponte Ferreira Monteiro
Adriana de Sousa Clemente Madruga

CÓDIGO 13 – FISIOTERAPEUTA

Egberto Linhares Carneiro Menescal

CÓDIGO 16 – FARMACÊUTICO 40h

Eline de Vasconcelos Barbalho

CÓDIGO 21 – MÉDICO PLANTONISTA GENERALISTA

Roque Bezerra Linhares

Helio Monte Coelho Aguiar Neto

Anderson Dias Arruda

Igor Morais Alves

Erica Bezerra de Almeida

CÓDIGO 24 – NUTRICIONISTA

Kátia Souza da Silva

ANEXO II
FICHA CADASTRAL
CADASTRO DE SERVIDOR

Foto

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 Incomp 2º grau incomp Pós-graduação Curso
de Graduação
Primário Comp 2º grau comp Mestrado
1º grau incomp Superior incomp Doutorado
1 grau Comp Superior comp.

FORMA DE ADMISSÃO

Cart. Assinada Concursado Cargo Comiss.

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 III
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 IV
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:

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

Sobral, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante