

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

DÉCIMO QUARTO TERMO DE CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO

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 779 de 16 de abril de 2020, **RESOLVE**:

- I. **CONVOCAR** as candidatas abaixo transcritas para efetuar o procedimento de contratação.

CÓDIGO 13 - FISIOTERAPEUTA		
CANDIDATOS CONVOCADOS	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
Elaine Cristina Mendes de Araújo	10º	4 meses
Francisca Juciara da Silva Linhares	11º	
Liana Maria Angelim Carneiro	12º	

- II. **INFORMAR** que as candidatas convocadas 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 14 de agosto de 2020, no horário das 14h às 15h (horário local)**.
- III. **INFORMAR** que, no dia designado para a realização do Exame Médico Admissional, as candidatas convocadas 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.
- IV. **INFORMAR** que, após a obtenção do Atestado Médico Ocupacional e da abertura da Conta Corrente no Banco Itaú, as candidatas convocadas 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, até às 12h do dia 17 de agosto 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 **17 de agosto de 2020**, as candidatas convocadas receberão o contrato através do e-mail enviado para a inscrição no processo seletivo, o qual deverá ser impresso em duas vias, rubricado nas duas primeiras folhas e assinado acima de seu nome na terceira folha, em todas as vias, e **devolvido na mesma data (17/08/2020), 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, até as 17h.**

Sobral, CE, 11 de agosto 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 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:

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

Sobral, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante