

EDITAL SMS Nº 02/2021

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO A CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DE PROFISSIONAIS DESTINADOS AO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRAL, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DO DECRETO MUNICIPAL DE Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021.

OITAVO TERMO DE CONVOCAÇÃO

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, tendo em vista a homologação do resultado final do Processo Seletivo Simplificado regulado pelo edital SMS nº 02/2021, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município nº 1020 – Suplemento, de 15 de março de 2021, **RESOLVE**:

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

TÉCNICO EM ENFERMAGEM – CÓDIGO 01 – 44H		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
GRAZIELLY ALVES DE SOUSA	26º	6 meses
FRANCISCA EDVIRGENS DA SILVA	27º	
ANA MARIA DE ARAÚJO CARNEIRO	28º	

- II. **INFORMAR** que os candidatos convocados deverão, preliminarmente, submeter-se 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, no dia 18 de maio de 2021, das 14h às 16h** (horário local).
- III. **INFORMAR** que os candidatos convocados receberão no dia designado para a realização do Exame Médico Admissional, 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.
- IV. **INFORMAR** que 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**, **até o dia 21 de maio de 2021**.

- a) CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social);
b) PIS;

- c) 01 Foto 3x4;
- d) RG;
- e) CPF;
- f) Título de Eleitor e Comprovante de Quitação Eleitoral;
- 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 **25 de maio de 2021**, 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 na mesma data, 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 16 horas.**

Sobral, CE, 11 de maio de 2021.

Regina Célia Carvalho da Silva
Secretária Municipal da Saúde

ANEXO I
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 <input type="checkbox"/>	2º grau <input type="checkbox"/>	incomp <input type="checkbox"/>	Pós-graduação <input type="checkbox"/>
Curso de Graduação <input type="checkbox"/>			
Primário Comp <input type="checkbox"/>	2º grau comp <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>	
1º grau incomp <input type="checkbox"/>	Superior incomp <input type="checkbox"/>	Doutorado <input type="checkbox"/>	
1 grau Comp <input type="checkbox"/>	Superior comp <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;
() Possuo 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