

**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 QUARTO 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** o candidato classificado abaixo transcrito, para efetuar o procedimento de contratação.

<b>CÓD 20 AE - ASSISTENTE SOCIAL</b>		
<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
MICAEL SOARES DA SILVA	2ª	Até 31/12/2020

- II. **INFORMAR** que o candidato convocado deverá 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 08 de maio 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, o candidato convocado receberá 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, o candidato convocado deverá 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](mailto:sandravasconcelos@sobral.ce.gov.br), **até o dia 11 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 12 de maio de 2020, o candidato convocado receberá 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 13 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, 07 de maio de 2020.

**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 ELEITO: ZONA: SEÇÃO:

**GRAU DE INSTRUÇÃO**

Primário Incom  2º grau  incomp  Pós-graduação  
Curso de Graduação  
Primário Comp  2º grau comp  Mestrado   
1º grau incomp  Superior inco  Doutorad   
1 grau Comp  Superior com

**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 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