

EDITAL SMS Nº 12/2019

**REGULAMENTA O PROCESSO SELETIVO
SIMPLIFICADO DESTINADO A FORMAÇÃO DE
BANCO DE GESTORES PARA PROVIMENTO DE
CARGO EM COMISSÃO DE GERENTE PARA AS
UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL**

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 que restou devidamente homologado o resultado final do processo seletivo regulado pelo **Edital SMS 12/2019, conforme publicado no Diário Oficial do Município de nº 715 de 20 de janeiro de 2020, RESOLVE:**

- I. **CONVOCAR**, as candidatas abaixo transcritas, para efetuar o procedimento de nomeação:

CANDIDATAS CONVOCADAS	UNIDADE DE LOTAÇÃO
ANA JESSYCA CAMPOS SOUSA	CSF CAIOCA
TIARA BRUNA TEIXEIRA TEODÓSIO	CSF CAIC

- I. **INFORMAR** que as candidatas convocadas deverão preliminarmente comparecer a CGP - Célula de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal da Saúde de Sobral-CE, situada na Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Praça Senador Figueira, **no dia 25 de maio de 2020, no horário das 8h às 12h**, para receber a declaração de abertura de Conta Corrente no **Banco Itaú**, situado na Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1750 - Térreo 1º Pavimento - Centro, Sobral - CE, 62010-295.
- II. **INFORMAR** que, após a abertura da Conta Corrente, as candidatas convocadas 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, **até às 12h da manhã, do dia 28 de maio de 2020.**
- CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social);
 - PIS;
 - 01 Foto 3x4;
 - RG;
 - CPF;
 - Título de Eleitor;
 - 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) Certidão negativa de débitos da Fazenda Pública Municipal, Estadual e Federal.
- n) Ficha cadastral (ANEXO I) devidamente preenchida;
- o) Declaração de não acumulação ilícita de cargos, empregos e funções públicas (ANEXO II).
- p) Declaração de bens (ANEXO III);
- q) Declaração de bens apresentada Receita Federal.

Sobral, CE, 22 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 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 com <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: possuo 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 201__.

Assinatura do declarante