

EDITAL SMS Nº 01/2020

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO À 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.

VIGÉSIMO 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 01/2020, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município de nº 779, de 16 de abril de 2020, e tendo em vista ainda a prorrogação do estado de emergência no município de Sobral visando combater a pandemia provocada pelo novo coronavírus causador da COVID-19, **RESOLVE:**

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

| CÓDIGO 06 – RECEPCIONISTA – 44H (DECRETO Nº 2.387/2020) | | |
|--|----------------------|--------------------------|
| NOME | CLASSIFICAÇÃO | PRAZO DO CONTRATO |
| JOSÉ EDILSON DE SOUSA ALBUQUERQUE | 12º | 6 meses |
| FILIPPE EMANUEL ALVES DE LIRA | 13º | |

- 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 7 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://precadastroh.sobral.ce.gov.br>**, e entregar a documentação abaixo elencada no Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde, situado na Rua Anahid

de Andrade, nº 373, Centro, até o dia 11 de maio de 2021, das 8h às 12h e das 14h às 17h.

- 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.

Sobral, CE, 5 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 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 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