

EDITAL SMS Nº 01/2021

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO À CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SOBRAL NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1.613, 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 01/2021, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município nº 1019, de 10 de março de 2021, **RESOLVE**:

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

MÉDICO GENERALISTA – CÓDIGO 01 – 40H		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
RAULYNSSON MACÊDO DE OLIVEIRA	1	12 meses
CATARINE CAVALCANTE ARY	2	
RODRIGO ANTUNES BEZERRA BORGES	3	
IRISDALVA MARIA VIEIRA PESSOA MENDES	4	
JOSIANO MACEDO DE LIMA	5	
LIZA ARAÚJO AGUIAR	6	
TIAGO DIRCEU GALDINO SARAIVA	7	
MATEUS JUCÁ PINHEIRO	8	
DAIANNE MARIA RODRIGUES FROTA PRADO	9	
JOSÉ LUCAS GONÇALVES PINHEIRO GUERRA	10	
LUIS RUIZ SÁNCHEZ	11	
THAYANE MARIA ROCHA CIDADE	12	
CECILIA COSTA ARCANJO FREIRE	13	
PAULO SÉRGIO VIANA PONTES FILHO	14	
BLENO SILVA RIBEIRO	15	
ANA JULIA DE FREITAS CAMPOS	16	

BENEDITA TATIANE GOMES LIBERATO	17	
MARIANA ARAÚJO	18	
LEONARDO WILNER BARROS SILVA	19	
ALANA MELO VASCONCELOS	20	
LUCAS FERNANDES FLORES FERRAZ	21	
RITA IRIS DE SOUSA PEREIRA	22	
RAVENA FREIRE CUNHA DE SOUZA	23	
LUCILA MARIA TIMBÓ PARENTE	24	
IKARO KEOMA FRANKLIN DE QUEIROZ	25	
MARINA RODRIGUES LIMA	26	
MIRELLA FERNANDES DE SOUSA	27	
NÁGILA ALVES LIMA	28	
LARA ANDRYNE ALVES AGUIAR	29	
GEISA DO VALE MOREIRA	30	
JOSE BOTO CRUZ FILHO	31	
MADELLINE ALVES VASCONCELOS	32	
ANDRINE MELO SOUSA	33	
JOSÉ FRANCISCO IGOR SIQUEIRA FERREIRA	34	
LARISSA PEREIRA TOMÁS ARCANJO	35	
BRENDA BEZERRA VASCONCELOS	36	
PEDRO HENRIQUE MARCIEL CASTRO	37	
IGOR IANN PONTE PARENTE	38	
NATANAEL AGUIAR DE SOUSA	39	
NATÁLIA FONTENELE ROCHA	40	
VASTI LÉIA DA SILVA LIMA	41	
CLOTELIO PONCIANO LIMA	42	
WALTER OLIVEIRA RIOS JUNIOR	43	
CARLOS ÁLEFE SOUSA NASCIMENTO	44	
LIZIA MARIA ANDRADE MELO DE AGUIAR	45	
CHARLENY STEFANI MOREIRA ALENCAR	46	
MARIA ANA RODRIGUES BARBOSA MOURA	47	
GISELLE FURTADO SILVA	48	

- 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, nos dias 1 e 2 de setembro 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 Andrade, nº 373, Centro, **até o dia 8 de setembro de 2021, das 8h às 12h e das 14h às 16h**.
- 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) Impressão do CNES com informações sobre vínculos do profissional (acesso através do link <http://cnes.datasus.gov.br/> (pesquisar em “Consulta Profissional”);
 - n) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO);
 - o) Certidão negativa de débitos da Fazenda Pública Municipal, Estadual e Federal.
 - p) Ficha cadastral (ANEXO I) devidamente preenchida;
 - q) Declaração de não acumulação ilícita de cargos, empregos e funções públicas (ANEXO II).
 - r) Declaração de bens (ANEXO III);
 - s) Declaração de bens apresentada Receita Federal.

Sobral, CE, 26 de agosto de 2021.

Regina Célia Carvalho da Silva
Secretária Municipal da Saúde



PREFEITURA DE
SOBRAL
SECRETARIA 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 <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 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 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