

EDITAL SMS Nº 08/2021

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.

QUARTO 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 08/2021, publicado no Diário Oficial do Município de nº 1063, de 7 de maio de 2021, **RESOLVE**:

- I. **CONVOCAR** as candidatas classificadas abaixo transcritas para efetuarem o procedimento de contratação.

CÓD. 01 – ASSISTENTE SOCIAL (30h)		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
DEBORA MARIA XIMENES FONTENELE	9º	12 meses
ELAINE GOMES BOTO	10º	

- II. **INFORMAR** que as candidatas convocadas 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 período de 29 e 30 de junho de 2021, das 14h às 16h** (horário local).
- III. **INFORMAR** que as candidatas convocadas 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 as candidatas convocadas deverão efetuar o pré-cadastro no site da Prefeitura Municipal de Sobral, através do endereço eletrônico: **<http://precadastrorh.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 2 de julho 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 II) devidamente preenchida;
- q) Declaração de não acumulação ilícita de cargos, empregos e funções públicas (ANEXO III).
- r) Declaração de bens (ANEXO IV);
- s) Declaração de bens apresentada Receita Federal.

Sobral, CE, 22 de junho 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 EMISS: / /	ORG EXP.:	DATA
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:
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