

**EDITAL SMS Nº 06/2020**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA O PREENCHIMENTO DE VAGAS PARA COORDENADOR TÉCNICO, FACILITADOR E SUPERVISOR DE ESTÁGIO DAS UNIDADES DIDÁTICAS DO MÓDULO CONTEXTUAL BÁSICO DO CURSO TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA A SER DESENVOLVIDO PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA VISCONDE DE SABOIA, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1613, DE 09 DE MARÇO DE 2017, DO DECRETO MUNICIPAL Nº 2367, DE 13 DE MARÇO DE 2020 E DA RESOLUÇÃO Nº 142/2014 DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO CEARÁ – CIB/CE.**

**PRIMEIRO 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 06/2020, publicada no Diário Oficial do Município de nº 843, de 6 de julho de 2020 e prorrogação do processo seletivo publicada no Diário Oficial do Município de nº 1106, de 29 de junho de 2021, **RESOLVE**:

**I. CONVOCAR** o candidato classificado abaixo transcrito para efetuar o procedimento de contratação.

<b>COORDENADOR TÉCNICO - 20h</b>		
<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
FELIPE FREIRE DE CARVALHO	1º	12 meses

**III. INFORMAR** que o candidato convocado deverá, 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 3 de novembro de 2021, das 14h às 16h** (horário local).

**IV. INFORMAR** que o candidato convocado receberá 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.

**V. INFORMAR** que o candidato convocado deverá 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 5 de novembro 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, 27 de outubro de 2021.

**Regina Célia Carvalho da Silva**  
**Secretária Municipal da Saúde**



**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  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 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante