

EDITAL SMS Nº 09/2021

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO À CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO 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 09/2021, publicado no Diário Oficial do Município de nº 1092, de 11 de junho de 2021, RESOLVE:

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

| CÓD. 01 – ATENDENTE DE FARMÁCIA (44h) | | |
|--|----------------------|--------------------------|
| NOME | CLASSIFICAÇÃO | PRAZO DO CONTRATO |
| HYANCA MARA DE SOUSA | 6 | 12 meses |
| MARIA DO LIVRAMENTO RODRIGUES BORGES | 7 | |
| JOVEANA RODRIGUES DE SOUSA | 8 | |

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 3 de novembro de 2021, das 14h às 16h.**

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://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, 28 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 Doutorado
 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:

| Descrição do bem | Valor |
|-------------------------|--------------|
| 1..... | |
| 2..... | |
| 3..... | |
| 4..... | |
| 5..... | |
| 6..... | |
| 7..... | |
| 8..... | |
| 9..... | |
| 10..... | |
| 11..... | |

Sobral, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante