

**EDITAL SMS Nº 02/2021**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO A CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DE PROFISSIONAIS DESTINADOS AO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRAL, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DO DECRETO MUNICIPAL DE Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021.**

**DÉCIMO SÉTIMO TERMO DE CONVOCAÇÃO E RECONVOCAÇÃO**

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 02/2021, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município nº 1020 – Suplemento, de 15 de março de 2021, **RESOLVE**:

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

| <b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM – CÓDIGO 01 – 44H</b> |                      |                          |
|--|----------------------|--------------------------|
| <b>NOME</b>                                    | <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>PRAZO DO CONTRATO</b> |
| RAIMUNDO ALLAN CASTRO DA SILVA                 | 70                   | 12 meses                 |
| ANA CAROLINE FERNANDES DO NASCIMENTO           | 71                   |                          |
| ELAINE SOUSA LUSTROZA                          | 72                   |                          |

- II. **INFORMAR** que os candidatos reconvocados 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 reconvocados 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 reconvocados 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 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, 28 de outubro de 2021.

**Regina Célia Carvalho da Silva**  
**Secretária 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                      |  |                                   |  |
| 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:

| <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