

EDITAL SMS Nº 19/2021

PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1.613, DE 9 DE MARÇO DE 2017 E DO DECRETO MUNICIPAL Nº 2.682, DE 18 DE JUNHO DE 2021.

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 regulado pelo edital SMS nº 19/2021, publicado no Diário Oficial do Município de nº 1215, de 2 de dezembro de 2021, RESOLVE:

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

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 01		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
ANA KEILA GALDINO FRANÇA	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 02		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
RHANNA RAYRA LOPES PAULA	1	6 meses
GLEICIANE DE ALBUQUERQUE GOMES	2	
MARIA RONIELY MENDES MESQUITA	3	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 04		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
FRANCISCO RENATO HOLANDA FERNANDES	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 05		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
NATANAEL PINTO DE ARAUJO	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 06		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
MICHELLE CARLA MENDES MARIANO	1	6 meses
EUZELANGIA DE SOUZA SILVA	2	
ARIANE DO NASCIMENTO SILVA	3	
CLÓVIS CUNHA LIMA FILHO	4	
VANIELLE FROTA PONTE	5	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 07		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
FRANCINILDA DE SOUSA ALVES	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 09		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
FABIANA DE OLIVEIRA SOUSA	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 10		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
SILVANA MARIA PEREIRA MOTA	1	6 meses
REJANE MARIA MOURA DA SILVA	2	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 11		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
BRUNA DOS SANTOS LIMA	1	6 meses
MARIA ANTONIA DA SILVA	2	
SANDRA MARIA DE SOUSA SOARES	3	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 12		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
KATIANE VASCONCELOS DA SILVA	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 13		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
ARYANE FURTADO MELO	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 14		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
IZABELLY RAYNA SILVA ARAÚJO	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 15		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
JULIANA SOUSA DA SILVA	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 16		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
GEOVANI AGUIAR DA COSTA	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 19		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
JACQUELINE MARIA ARAÚJO CARNEIRO RICARDO	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 20		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
KELLY CRISTINA SANTOS SALES	1	6 meses
RENATO DA CONCEIÇÃO GOMES	2	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 21		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
JOÃO PAULO SILVINO XIMENES	1	6 meses

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MICROÁREA 22		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
JARINA DUARTE DOS SANTOS	1	6 meses
FABLICIA MARTINS DE SOUZA	2	

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 22 de dezembro de 2021, das 14h às 16h e 23 de dezembro de 2021, das 8h às 10h.

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, de **27 a 29 de dezembro 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, 17 de dezembro 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 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 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;
() 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