

EDITAL SMS Nº 20/2021

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 DOS DECRETOS MUNICIPAIS DE Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021 E Nº 2.681, DE 18 DE JUNHO DE 2021.

NONO 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 20/2021, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1180, de 13 de outubro de 2021, **RESOLVE**:

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

CÓDIGO 02 - ENFERMEIRO - DECRETO Nº 2.681/2021		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
MARISA PONTE FERREIRA MONTEIRO	80	12 meses
LARA SICILIA ARAGÃO DE VASCONCELOS	81	12 meses
LIVIA GUIMARAES ALBUQUERQUE	82	12 meses
AUXILIADORA ELAYNE PARENTE LINHARES	83	12 meses
FRANCISCA MARINICE CARNEIRO	84	12 meses
APARECIDA LARA CARLOS XAVIER	85	12 meses
RUTE MARIA CARVALHO DA SILVA	86	12 meses
CREUZA SANTOS DA SILVA	87	12 meses
TANIA MARIA RUFINO FRANÇA	88	12 meses
MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO FREIRE	89	12 meses
MARINA CANDIDO LOIOLA	90	12 meses
ANAGELMA MOREIRA AGUIAR	91	12 meses
FRANCISCA MAXWANA PARENTE DE VASCONCELOS	92	12 meses
CLAUDIA MICHAELY VASCONCELOS SOLON	93	12 meses

JAKELINE NERIS PESSOA DE QUEIROZ	94	12 meses
FRANCISCO ANTONIO LOPES DE ALCANTARA	95	12 meses
ARQUIMEDES ANSELMO VIANA	96	12 meses
ANGELA TEREZA CARVALHO LOPES	97	12 meses
FRANCISCA IZARLANDIA SOUSA ARAGÃO	98	12 meses
ELIANA KELLY VASCONCELOS	99	12 meses
CINTHYA GAMELEIRA SILVA	100	12 meses
LIVINA LETICIA COSTA DE ARAUJO	101	12 meses
ANA CLAUDIA COELHO LOPES	102	12 meses
ANA LARISSA BEZERRA COSTA	103	12 meses
NIARA DE QUEIROZ SALES VIANA	104	12 meses
ANA SUÉLYN AGUIAR LINHARES	105	12 meses
RENATA MORAIS ROCHA	106	12 meses
CLERIANE MARIA AGUIAR COUTINHO	107	12 meses
SUELENA MARIA FERNANDES GADELHA	108	12 meses
MARIA DAS DORES BRAGA ALVES	109	12 meses
SILVINHA ARAGÃO VASCONCELOS SOUSA	110	12 meses
WEDERSON FERNANDES PEREIRA	111	12 meses
KAUANNY GOMES GONÇALVES	112	12 meses
PALOMA DE VASCONCELOS RODRIGUES	113	12 meses
MARIA AUXILIADORA RESENDE SAMPAIO	114	12 meses
MIRELLY FEITOSA MOREIRA GOMES	115	12 meses
JEANE MARIA DA SILVA FONSECA	116	12 meses
ANTONIA ROCHELLY MARQUES RODRIGUES	117	12 meses
LIDUINA DAYSE ROCHA MARANHÃO	118	12 meses
ANTONIO DOUGLAS EMANUEL SOUSA LIMA	119	12 meses
FRANCIANA GABAGLIA DA SILVA	120	12 meses
PEDRO ARTUR AMANCIO SALES	121	12 meses
ROSEMARY MARQUES DE MORAIS	122	12 meses
ROSIANE SOUSA CARLOS	123	12 meses
YURY RIBEIRO BEZERRA	124	12 meses
MARIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES DE SOUSA	125	12 meses
MARIA JOSIANE TOMAZ MENDES	126	12 meses
HELOISA MARIA CAVALCANTE RODRIGUES	127	12 meses
CAMILA ALBUQUERQUE DE QUEIROZ	128	12 meses

REGINA MARIA SÁ MOREIRA BRAGA	129	12 meses
REGINA CLAUDIA MOURA DE ARAÚJO	130	12 meses
JACQUELINE VIEIRA DE SOUSA	131	12 meses

II. 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 21 e 24 de janeiro de 2021, das 08h às 09h.**

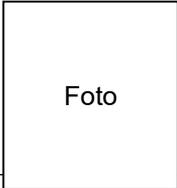
III. INFORMAR que o candidato convocado receberá no dia designado para a realização do Exame Médico Admissional, a declaração para a abertura de Conta Corrente no **Banco Itaú**, situado na Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1750 - Térreo 1º Pavimento - Centro, Sobral – CE.

IV. INFORMAR que o candidato convocado receberá o contrato através do e-mail cadastrado até dia 27 de janeiro de 2022, o qual deverá ser impresso, devendo rubricar as duas primeiras folhas e assinar acima de seu nome na terceira folha, em todas as vias, o qual deverá ser devolvido em envelope lacrado até o dia 28 de JANEIRO de 2022, na portaria da sede da Secretaria Municipal da Saúde, situada na Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200, no horário de 08 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, 18 de janeiro de 2022.

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 EMISS: / /	ORG EXP.:	DATA
CPF:	PIS/PASEP:	DATA EMISS: / /
RESERVISTA:		
TITULO ELEIT:	ZONA:	SEÇÃO:

GRAU DE INSTRUÇÃO

Primário Incom 2º grau incom Pós-graduação
 Curso de Graduação

Primário Comp 2º grau comp Mestrado

1º grau incom Superior inco Doutorado

1 grau Comp Superior com

FORMA DE ADMISSÃO

Cart. Assinada Concursado Cargo Commiss.

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