EDITAL SMS Nº 26/2021

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 DOS DECRETOS MUNICIPAIS DE Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021 E Nº 2.644, DE 5 DE MAIO DE 2021.

TERCEIRO 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 26/2021, publicado no Diário Oficial do Município de nº 1206, de 19 de novembro de 2021, RESOLVE:

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

CÓDIGO 01 - AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL (ASB)		
NOME	**CLASSIFICAÇÃO**	**PRAZO DO CONTRATO**
MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS COSTA	2	12 meses
VANDERLANIA SANTOS CHAGAS	3	12 meses
LUZIANA MARIA LOURENÇO LIMA	4	12 meses
NAIRA RODRIGUES NASCIMENTO	5	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 26 de janeiro de 2022, das 13h às 14h**.

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.

VI. INFORMAR que os candidatos convocados deverão efetuar o pré-cadastro no site da Prefeitura Municipal de Sobral, através do endereço eletrônico:

Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758

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 28 de janeiro de 2022, 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, 21 de janeiro de 2022.

Regina Célia Carvalho da Silva
Secretária Municipal da Saúde

Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758

SOBRAL
PREFEITURA
SECRETARIA 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 ☐	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 _____/_____/_____

Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758

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

Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____,
CPF:_____, RG: _____, residente e domiciliado à Rua _____, declaro que até a data presente: possuo 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

Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758