

**EDITAL SMS Nº 12/2021**

**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 DO DECRETO MUNICIPAL DE Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO 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 Simplificado regulado pelo edital SMS nº 12/2021, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1116, de 13 de julho de 2021, RESOLVE:

**I. CONVOCAR** a candidata classificada abaixo transcrita para efetuar o procedimento de contratação.

| <b>CÓDIGO 03 – MÉDICO ESPECIALISTA 20H</b> |                      |                          |
|--|----------------------|--------------------------|
| <b>NOME</b>                                | <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>PRAZO DO CONTRATO</b> |
| SÂNKIA MARIA LOPES ARAGÃO                  | 1º                   | 12 meses                 |

**II. INFORMAR** que a candidata convocada 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 02 de junho de 2022, das 08:00hs às 10:00hs.

**III. INFORMAR** que a candidata convocada 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.

**VI. INFORMAR** que a candidata convocada deverá 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 06 de junho 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 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 ciência do Código de Ética dos Servidores Públicos. (ANEXO IV);
- t) Declaração de bens apresentada Receita Federal.

Sobral, CE, 24 de maio de 2022.

**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: possuo 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

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,(nacionalidade),\_\_\_\_\_(profissão), inscrito no  
CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_ residente e domiciliado à  
\_\_\_\_\_**DECLARO**, para fins específicos, junto a  
Secretaria Municipal da Saúde do Município de Sobral está **CIENTE** dos termos Código de  
Ética do Servidor Público Municipal de Sobral, criado, pelo Decreto nº 2.740, de 31 de  
agosto de 2021, ao tempo em que recebi uma cópia do documento via e-mail.

Por ser esta a expressão da verdade subscrevo-a.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível