

**EDITAL SMS Nº 09/2020**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DESTINADO À CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DESTINADO AO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRAL NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1.613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DO DECRETO MUNICIPAL DE Nº 2.367, DE 13 DE MARÇO DE 2020.**

**TRIGÉSIMO 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 09/2020, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município de nº 872, de 13 de agosto de 2020, e a prorrogação da validade do processo seletivo do referido edital, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município de nº 1106, de 29 de junho de 2021, **RESOLVE:**

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

| <b>CÓD 10 - FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL TÉCNICO ATENÇÃO ESPECIALIZADA (40 HORAS)</b> |                      |                          |
|---|----------------------|--------------------------|
| <b>NOME</b>   | <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>PRAZO DO CONTRATO</b> |
| ALANA SALES CAVALCANTE  | 14º                  | 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 27 de junho de 2022, das 18h às 19h.**

**III. INFORMAR** que a candidata convocada receberá no dia **28 de junho de 2022, das 8h às 12h e das 13h às 16h**, 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 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 01 de julho de 2022, das 8h às 12h e das 13h 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, 22 de junho 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<br>EMISS: / / | ORG EXP.:             | DATA            |
| CPF:                        | PIS/PASEP:            | DATA EMISS: / / |
| RESERVISTA:                 |                       |                 |
| TITULO ELEIT:               | ZONA:                 | SEÇÃO:          |

**GRAU DE INSTRUÇÃO**

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

Primário Comp  2º grau comp  Mestrado   
 1º grau incomp  Superior inco  Doutorad   
 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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;

( ) Posso 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