

**EDITAL SMS Nº 03/2022**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA O PREENCHIMENTO DE VAGAS PARA COORDENADOR TÉCNICO E FACILITADOR DAS UNIDADES DIDÁTICAS DOS CURSOS TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA E ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA NA LINHA DO CUIDADO DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS A SER DESENVOLVIDO PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA VISCONDE DE SABOIA, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1.613, DE 9 DE MARÇO DE 2017, DO DECRETO MUNICIPAL Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021 E DAS RESOLUÇÕES Nº 193/2007 e 205/2007 DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO CEARÁ – CIB/CE.**

**SEGUNDO 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 04/2022, publicado no Diário Oficial do Município de nº 1316, de 27 de abril de 2022, RESOLVE:

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

<b>CÓDIGO 01 - COORDENADOR TÉCNICO PARA O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA NA LINHA DE CUIDADO EM ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS ÁREA DESCENTRALIZADA DE SAÚDE DE CAMOCIM - 20H</b>		
<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
MILENA MELO VIEIRA	1º	12 meses

<b>CÓDIGO 03 - FACILITADOR PARA O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA NA LINHA DE CUIDADO EM ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS ÁREA DESCENTRALIZADA DE SAÚDE DE CAMOCIM - 20H</b>			
<b>NOME</b>	<b>UNIDADE DIDÁTICA</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
ANA OSMARINA QUARIGUASI MAGALHÃES FROTA	ORGANIZAÇÃO DO SUS	1º	12 meses
MARIA IONE DE SOUSA SILVEIRA	GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE	1º	
ANA OSMARINA QUARIGUASI MAGALHÃES FROTA	PROMOÇÃO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	1º	
ANA OSMARINA QUARIGUASI MAGALHÃES FROTA	CUIDADO INTEGRAL A PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	1º	

<b>CÓDIGO 05 - SUPERVISOR - MÓDULO CONTEXTUAL BÁSICO PARA O CURSO DE TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA</b>			
<b>NOME</b>	<b>UNIDADE DIDÁTICA</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
TAMIRES MARIA SILVEIRA ARAÚJO	GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	1º	12 meses
ANTONIA TAINÁ BEZERRA CASTRO	EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO	1º	
TAMIRES MARIA SILVEIRA ARAÚJO	SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO	1º	
ANA JESSYCA CAMPOS SOUSA	PRIMEIROS SOCORROS	1º	

**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, no dia 27 de julho de 2022, das 18h às 19h.**

**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://precadastrohr.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 29 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 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 ciente do Código de Ética dos Servidores Públicos. (ANEXO IV);
- t) Declaração de bens apresentada Receita Federal.

Sobral-CE, 12 de julho 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	ORG EXP.:	DATA EMISS: / /
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:  
posso 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