

EDITAL SMS Nº 12/2022

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA O PREENCHIMENTO DE VAGAS PARA FACILITADOR E SUPERVISOR DE ESTÁGIO DO CURSO TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA E FACILITADOR, SUPERVISOR DE ESTÁGIO E COORDENADOR TÉCNICO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA NA LINHA DO CUIDADO DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS A SEREM DESENVOLVIDOS 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.

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DO RESULTADO FINAL E 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, **RESOLVE:**

I. HOMOLOGAR, após a necessária vista e conferência de todos os atos havidos antes, durante e após a realização do Processo Seletivo Simplificado, regulado pelo Edital SMS nº 12/2022, objetivando a formação de cadastro de reserva de profissionais para a realização do Curso Técnico em Prótese Dentária e Curso de Especialização Técnica na Linha do Cuidado de Atenção às Doenças Crônicas, destinado ao Sistema Municipal de Saúde de Sobral, o resultado final do certame publicado no Diário Oficial do Município de nº 1398, em 24 de agosto de 2022, para que produza os seus jurídicos e legais efeitos.

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

CÓDIGO 02 - SUPERVISOR - MÓDULO CONTEXTUAL BÁSICO PARA O CURSO DE TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA			
UNIDADE DIDÁTICA	NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
INTRODUÇÃO À PROFISSÃO DE TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA	RAYSSA DE FATIMA LOPES ARRUDA CARNEIRO	1º	12 meses
	ALANA DOS SANTOS PONTE	2º	

CÓDIGO 02 - SUPERVISOR - MÓDULO CONTEXTUAL BÁSICO PARA O CURSO DE TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA

UNIDADE DIDÁTICA	NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO	AMANDA LUIZA MARINHO FEITOSA	1º	12 meses
	ANTONIA TAINÁ BEZERRA CASTRO	2º	

CÓDIGO 03 - COORDENADOR TÉCNICO PARA O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA NA LINHA DE CUIDADO EM ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS - ÁREA DESCENTRALIZADA DE SAÚDE DE CAMOCIM - 20H

NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
ANDRESSA RODRIGUES ALVES	1º	07 meses

III. INFORMAR que os candidatos convocados deverão, preliminarmente, submeterem-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 06 de setembro de 2022, das 14h às 16h.**

IV. INFORMAR que os candidatos convocados receberão no dia **06 de setembro 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.

V. INFORMAR que os candidatos convocados deverão 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 12 de setembro 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 ciência do Código de Ética dos Servidores Públicos. (ANEXO IV);
- t) Declaração de bens apresentada Receita Federal.

Sobral, CE, 25 de agosto 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 Incomp 2º grau incomp Pós-graduação
 Curso de Graduação
 Primário Comp 2º grau comp Mestrado
 1º grau incomp Superior incomp 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 lícitamente 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:

Descrição do bem	Valor
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