

EDITAL SMS Nº 08/2021

**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.**

VIGÉSIMO NONO TERMO DE CONVOAÇÃO

O MUNICÍPIO DE SOBRAL, através de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, neste ato representado por sua secretária, **Letícia Reichel dos Santos**, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a homologação do resultado final do Processo Seletivo Simplificado, regulado pelo edital SMS nº 08/2021, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1063, de 7 de maio de 2021, e a prorrogação da validade do processo seletivo do referido edital, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município de nº 1303 - Suplemento, de 6 de abril de 2022, **RESOLVE**:

I. CONVOCAR as candidatas classificadas abaixo transcritas para efetuar o procedimento de contratação.

CÓDIGO 02 - FISIOTERAPEUTA		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
ANA CESARINA SILVA GOMES	38º	12 meses
ANTONIA JOCIANE GABRIEL MENDES	39º	

II. INFORMAR que a candidata convocada deverá, preliminarmente, submeter-se ao Exame Médico Admisional para a obtenção do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), o qual deverá ser realizado no **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)** - Térreo, localizado na **Santa Casa de Misericórdia de Sobral**, situada na Rua Antônio Crisóstomo de Melo, nº 919, Centro, **no dia 06 de janeiro de 2023, de 07:30h às 11:00h de 13:00h às 18:00h**.

III. INFORMAR que as candidatas convocadas receberão no dia **06 de janeiro de 2023, de 8:00h às 12:00h e de 13:00h às 16:00h**, a declaração para a abertura de Conta Corrente no Banco Itaú, situado na situado na Rua Anahid Andrade, nº 373, Centro, Sobral-Ce.

IV. INFORMAR que as candidatas convocadas 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 10 de janeiro de 2023, das 8:00h às 12:00h e de 13:00h às 16:00h.**

- 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, 03 de janeiro de 2023.

Letícia Reichel dos Santos
Secretaria 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 EMISS: / /	ORG EXP.:	DATA	
CPF: EMISS: / /	PIS/PASEP:	DATA	
RESERVISTA:			
TITULO ELEIT:	ZONA:	SEÇÃO:	

GRAU DE INSTRUÇÃO

Primário Incomp graduação	2º grau incomp Curso de Graduação	Pós-
Primário Comp	2º grau comp	Mestrado
1º grau incomp	Superior incomp	Doutorado
1 grau Comp	Superior comp.	

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 exerce 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).

Exerce 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 posso 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