SOBRAL
PREFEITURA
Secretaria Municipal da Saúde

EDITAL SMS Nº 20/2021

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 DOS DECRETOS MUNICIPAIS DE Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021 E Nº 2.681, DE 18 DE JUNHO DE 2021.

TRIGÉSIMO SEXTO TERMO DE CONVOCAÇÃO

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 20/2021, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1180, de 13 de outubro de 2021, e a prorrogação da validade do processo seletivo do referido edital, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município de nº 1431, de 11 de outubro de 2022, **RESOLVE**:

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

CÓDIGO 02 - ENFERMEIRO		
NOME	**CLASSIFICAÇÃO**	**PRAZO DO CONTRATO**
ISABELLY OLIVEIRA FERREIRA	198°	06 MESES

II. INFORMAR que a candidata convocada deverá, 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 20 de setembro de 2023, das 14:00h às 16:00h.**

III. INFORMAR que a candidata convocada receberá no dia **20 de setembro 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 Rua Anahid Andrade, nº 373, 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, Sobral – CE, **até o dia 25 de setembro 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, 12 de setembro de 2023.

Letícia Reichel dos Santos
Secretária Municipal da Saúde

SOBRAL PREFEITURA
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	2º grau incomp	Pós-graduação
	Curso de Graduação	
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
[redacted]			

- Assinale com um X os dependentes que constarão como dependentes do Imposto de Renda.

OBS: AGENCIA BANCARIA_____ CONTA Nº_____ OPERAÇÃO: _____

Assinatura _____ Data _____/_____/_____

SOBRAL
PREFEITURA
Secretaria Municipal da Saúde

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

SOBRAL
PREFEITURA
Secretaria Municipal da Saúde

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

SOBRAL
PREFEITURA
Secretaria Municipal da Saúde

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