SOBRAL
PREFEITURA
SECRETARIA DA SAÚDE

EDITAL SMS Nº 10/2022

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA 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 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021, ATUALIZADO PELO DECRETO Nº 2.894, DE 21 DE MARÇO DE 2022.

DÉCIMO NONO 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 10/2022, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1395, de 19 de agosto de 2022, e a prorrogação da validade do processo seletivo do referido edital, conforme publicação realizada no Diário Oficial do Município de nº 1641, de 18 de agosto de 2023**, RESOLVE**:

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

CÓDIGO 05 - PSICÓLOGO(A)		
NOME	**CLASSIFICAÇÃO**	**PRAZO DO CONTRATO**
VALDIANNE ARAGAO SILVA	17º	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 20 de março de 2024, das 14:00hs às 16:00hs**.

III. INFORMAR que a candidata convocada deverá no dia **20 de março de 2024**, **das 8:00h às 12:00h e das 13:00h às 16:00h**, 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.

Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758

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 26 de março de 2024, das 8:00h às 12:00h e das 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"), validado pelo (a) Gerente de CNES da Secretaria Municipal da Saúde de Sobral;
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, 05 de março de 2024.

Letícia Reichel dos Santos
Secretária Municipal da Saúde

SOBRAL
PREFEITURA
SECRETARIA DA SAÚDE

Foto

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 ☐	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_____/_____/_____

Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758

ANEXO 4
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 5
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 6

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