

EDITAL SMS Nº 08/2023

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, 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, E DO DECRETO Nº 2644, DE 05 DE MAIO DE 2021.

VIGÉSIMO SEGUNDO 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 08/2023, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1602, de 23 de junho de 2023, **RESOLVE**:

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

| CÓDIGO 01 - ASSISTENTE SOCIAL | | |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| NOME | CLASSIFICAÇÃO | PRAZO DO CONTRATO |
| Michel Marques dos Santos | 27º | 06 MESES |

| CÓDIGO 02 - FARMACÊUTICO | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|
| NOME | CLASSIFICAÇÃO | PRAZO DO CONTRATO |
| Alan Rodrigues da Silva | P259628/2023 | 06 MESES |
| Luis Miguel Fernandes de Souza | P261371/2023 | 06 MESES |
| Andressa Ponte Sabino | P261070/2023 | 06 MESES |

| CÓDIGO 03 - FISIOTERAPEUTA | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|
| NOME | CLASSIFICAÇÃO | PRAZO DO CONTRATO |
| Jéssica Vasconcelos Arrais | 12º | 06 MESES |

| CÓDIGO 06 - NUTRICIONISTA | | |
|------------------------------------|---------------|-------------------|
| NOME | CLASSIFICAÇÃO | PRAZO DO CONTRATO |
| Romildo Wilson Costa Torres Junior | 11º | 06 MESES |

II. 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 24 de abril de 2024, das 14:00h às 16:00h.**

III. INFORMAR que os candidatos convocados deverão no dia **24 de abril de 2024, de 8:00h às 12:00h e de 13:00h às 16:00h**, a declaração para a abertura de Conta Corrente no **Banco Santander**, situado na Rua Anahid Andrade, nº 373, 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://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 29 de abril de 2024, 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, 15 de abril de 2024.

Letícia Reichel dos Santos
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 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 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: 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