

EDITAL SMS Nº 06/2023

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO E NÍVEL SUPERIOR, DESTINADOS ÀO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRAL, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DOS DECRETOS MUNICIPAIS DE Nº 2562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021, ATUALIZADO PELO DECRETO Nº 2894, DE 21 DE MARÇO DE 2022 E Nº 2727, DE 23 DE AGOSTO DE 2021.

DÉCIMO QUARTO TERMO DE CONVOCAÇÃO

O **MUNICÍPIO DE SOBRAL**, através de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, neste ato representado por sua Secretária, **Leticia 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 06/2023, publicada no Diário Oficial do Município nº 1577, de 17 de maio de 2023, **RESOLVE**:

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

CÓDIGO 03 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
Josiane da Silva Gomes	02º	12 MESES
Nataline de Oliveira Rocha	03º	12 MESES

II. INFORMAR que as candidatas convocadas deverão, 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 29 de maio de 2024, das 14:00h às 16:00h.**

III. INFORMAR que as candidatas convocadas receberão no dia **29 de maio 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 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, Sobral – CE, **até o dia 03 de junho 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 SANTANDER;
- 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, 09 de maio 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 _____ ORG EXP.: _____ DATA EMISS: / / _____

CPF: _____ PIS/PASEP: _____ DATA EMISS: / / _____

RESERVISTA: _____

TITULO ELEIT: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO

Primário Incom 2º grau incomp Pós-graduação
 Curso de Graduação
 Primário Comp 2º grau comp Mestrado
 1º grau incomp Superior inco 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 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:
posso os seguintes bens móveis, imóveis e semoventes:

- () Não possuo Bens a declarar;
() Posso 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