

**EDITAL SMS Nº 14/2023**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA PARA PROFISSIONAIS DESTINADOS AO CURSO TÉCNICO EM PRÓTESE DENTÁRIA, DESENVOLVIDO PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA VISCONDE DE SABOIA, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1.613, DE 09 DE MARÇO DE 2017, DO DECRETO MUNICIPAL Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021 E DAS RESOLUÇÕES Nº 193/2007 e 205/2007 DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO CEARÁ – CIB/CE.**

**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 14/2023, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1760, de 19 de fevereiro de 2024, **RESOLVE**:

- I. **CONVOCAR** os candidatos classificados abaixo transcritos para efetuarem os procedimentos de contratação.

<b>CÓDIGO 03 – SUPERVISOR ADS SOBRAL</b>			
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>UNIDADE DIDÁTICA</b>	<b>NOME</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
1º	Prótese Fixa II	Taís Costa Mesquita	06 Meses
1º	Aparelhos Ortodônticos e Ortopédicos	Taís Costa Mesquita	
1º	Administração de laboratório e informática aplicada e informática aplicada	Taís Costa Mesquita	

CÓDIGO 04 – SUPERVISOR ADS TIANGUÁ			
CLASSIFICAÇÃO	UNIDADE DIDÁTICA	NOME	PRAZO DO CONTRATO
1º	Prótese Fixa I	Felipe Santana Sampaio	06 Meses
1º	Aparelhos Ortodônticos e Ortopédicos	Felipe Santana Sampaio	

**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 29 de maio de 2024, das 14:00h às 16:00h.**

**III. INFORMAR** que os candidatos convocados receberão no dia **29 de maio de 2024, das 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://precadastroh.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 ciência 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**

<b>NOME DO SERVIDOR:</b>
--------------------------

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;  
( ) Posso os seguintes bens móveis, imóveis e semoventes:

<b>Descrição do bem</b>	<b>Valor</b>
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