

**EDITAL SMS Nº 05/2024**  
**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 DOS DECRETOS MUNICIPAIS**  
**DE Nº 2.562, DE 29 DE JANEIRO DE 2021, ATUALIZADOS**  
**PELO DECRETO Nº 2.894, DE 21 DE MARÇO DE 2022, E**  
**DE Nº 2922, DE 13 DE MAIO DE 2022, E DE Nº 3415, DE 29**  
**DE MAIO DE 2024.**

**PRIMEIRO 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 05/2024, **RESOLVE**:

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

**CÓDIGO 01 – ASSISTENTE SOCIAL**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Alex Duarte de Araujo	01°	06 MESES
Elaine Gomes Boto	02°	06 MESES

**CÓDIGO 02 – ENFERMEIRO HOSPITALAR (CENTRO CIRÚRGICO)**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Angelízia de Fátima Marques Arruda	01°	06 MESES
Maria Gleiciane Cordeiro	02°	06 MESES
Iranildo Passos Fontenele	03°	06 MESES
Roselene Pacheco da Silva	04°	06 MESES

**CÓDIGO 03 – ENFERMEIRO HOSPITALAR (CLÍNICA HOSPITALAR)**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Eveline Machado de Aguiar Barbosa	01°	06 MESES
Francisca Maria Ranielle Albuquerque Beco	02°	06 MESES
Priscila da Silva Américo	03°	06 MESES
Jeferson de Lima Costa	04°	06 MESES
Saulo Barreto Cunha dos Santos	05°	06 MESES
Mayara Souza de Carvalho Santos	06°	06 MESES

**CÓDIGO 05 – ENFERMEIRO HOSPITALAR (MATERNIDADE)**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Michelle Prudencio Shinkai	01°	06 MESES
Maria Valderlanya de Vasconcelos Frota	02°	06 MESES
Andrezza Mesquita Veras Gomes	03°	06 MESES
Ana Graziele Soares Marinho	04°	06 MESES

**CÓDIGO 07 – ENFERMEIRO HOSPITALAR (PSIQUIATRIA)**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Jeane Maria da Silva Fonseca	01°	06 MESES
Francisco Estevão Araújo Albuquerque	02°	06 MESES
Francisco Alexandre Paiva Mesquita	03°	06 MESES

**CÓDIGO 08 – ENFERMEIRO HOSPITALAR (REGULAÇÃO HOSPITALAR)**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Caroline Sousa Ponte	01°	06 MESES
Francisca Marinice Carneiro	02°	06 MESES

**CÓDIGO 09 – ENFERMEIRO HOSPITALAR (UTI ADULTO)**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Leonardo Félix de Freitas	01°	06 MESES
Silvana Maria Magalhães Andrade	02°	06 MESES
Francisco Edson das Chagas Silva	03°	06 MESES

**CÓDIGO 10 – FARMACÊUTICO**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Lysrayane Kerullen David Barroso	01°	06 MESES

**CÓDIGO 12 – NUTRICIONISTA HOSPITALAR**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>
Gyselle Maria Lima Ferreira	01°	06 MESES

**CÓDIGO 15 – FISIOTERAPEUTA HOSPITALAR**

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PRAZO DO CONTRATO</b>

Vanderlanny Mesquita da Costa	01°	06 MESES
Karem Priscila Fernandes Carneiro	02°	06 MESES
Rayanne Lima de Araujo	03°	06 MESES
Claudionor Pereira do Nascimento Junior	04°	06 MESES
Thalyta Cibele Passos Dos Santos	05°	06 MESES
Romulo de Sousa Noronha	06°	06 MESES
Yve Magalhaes Burmann Guimaraes	07°	06 MESES

**II. INFORMAR** que os candidatos convocados deverão, preliminarmente, submeterem-se ao Exame Médico Admisional 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 31 de julho de 2024, das 14:00h às 16:00h.**

**III. INFORMAR** que os candidatos convocados deverão, no dia **31 de julho de 2024, das 8:00h às 12:00h e de 13:00h às 16:00h**, pegar 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 02 de agosto 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, 16 de julho de 2024.



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 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**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 exerce** 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).

**Exerce** 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

Eu,

CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado à Rua \_\_\_\_\_, declaro que  
até a data presente: possuo os seguintes bens móveis, imóveis e semoventes:

- (  ) Não posso Bens a declarar;  
(  ) Possuo 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



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 subscrovo-a.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível

