

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.

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 05/2024, publicada no Diário Oficial do Município de nº 1847, de 28 de junho de 2024, **RESOLVE**:

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

CÓDIGO 05 – ENFERMEIRO HOSPITALAR (MATERNIDADE)		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
Andrea Pereira Tomas Ribeiro	12º	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 30 de outubro de 2024, das 14:00h às 16:00h.**

III. INFORMAR que os candidatos convocados deverão, no dia **30 de outubro 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://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 01 de novembro 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, 21 de outubro de 2024.

Letícia Reichel dos Santos
Secretária Municipal da Saúde



SOBRAL
PREFEITURA

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 ____ / ____ / ____

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

 SOBRAL
PREFEITURA
Secretaria Municipal da Saúde
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

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO ILÍCITA DE CARGOS, EMPREGOS E FUNÇÕES PÚBLICAS

Eu, _____, (nacionalidade) _____, (estado civil) _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, residente e domiciliado na Rua _____, Nº _____, Bairro _____, Cidade _____, nomeado/contratado para o cargo de _____, na Prefeitura Municipal de Sobral, DECLARO para os devidos fins junto ao Município de Sobral, 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 para lícitamente exercer o cargo/função acima citado.

() Exerço outro cargo, emprego ou função pública no âmbito da Administração Pública () Federal, () Estadual ou () Municipal, Direta ou Indireta, como _____, lotado(a) no _____, com carga

horária semanal de _____ horas, das horas _____ às _____ horas, 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.

() Sou servidor concursado no âmbito da Administração Pública () Federal, Estadual () ou () Municipal, Direta ou Indireta, como _____, lotado(a) no _____, e estou cedido para o Município de Sobral, a fim de exercer cargo comissionado.

Art. 37.

- é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:

a) de dois cargos de professor;

a) de um cargo de professor com outro técnico ou científico;

a) de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

- 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