

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO  
EDITAL Nº 04/2025–CEPHRECE  
3ª CONVOCAÇÃO**

O Centro de Pesquisas em Doenças Hepato Renais do Ceará (CEPHRECE), entidade de direito privado, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da saúde, gestão e pesquisa, inscrito no CNPJ nº 05.312.376/0001-55, com sede na Rua Professor Costa Mendes, 1609, APT Térreo, Rodolfo Teófilo – Fortaleza/CE, CEP 60.430-140, considerando o resultado final do Processo Seletivo nº 04/2025 CEPHRECE/Jijoca de Jericoacoara, convoca os candidatos abaixo relacionados, aprovados no referido certame, para os procedimentos admissionais.

O(a) candidato(a) convocado(a) deverá comparecer para a entrega da documentação exigida para admissão, conforme especificado no **Anexo I**, na data e horário indicados abaixo:

Data: **09/07/2025**

Horario de atendimento: **09h às 12h**

Local: Secretaria Municipal de Saúde situada na Rua Raimundo Alexandre 2158, centro- Jijoca de Jericoacoara.

O não comparecimento no prazo estipulado poderá acarretar a perda da vaga, conforme regulamentação do processo seletivo.

**QUADRO 002- ATENÇÃO PRIMÁRIA (UBS e E-Multi)**

**CARGO: TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>NOME</b>
22 <sup>a</sup>	FRANCISCA DAIRLA RAMOS CRUZ
23 <sup>a</sup>	MARIA ROZEMEIRE DE VASCONCELOS

**QUADRO 003 – ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SAMU, CEO, CAPS, UPA, MELHOR EM CASA, CENTRO DE REABILITAÇÃO, CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS)**

**ENFERMEIRO (A)**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>NOME</b>
12 <sup>a</sup>	GABRIELA LOPES DE SOUSA
13 <sup>a</sup>	FRANCISCA RANNYELLY DOS SANTOS SILVA

**QUADRO 004 - ATENÇÃO HOSPITALAR (Hospital)**

**ENFERMEIRO (A)**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>NOME</b>
16 <sup>a</sup>	FLAVIA ITAGUACY DA SILVA BRITO

**ANEXO I****DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO**

(Só serão aceitas cópias legíveis)

**CHECK LIST ADMISSIONAL – NOVOS COLABORADORES****NOME:** \_\_\_\_\_**E-MAIL:** \_\_\_\_\_**TELEFONES PARA CONTATO:** \_\_\_\_\_**RAÇA:** ( ) Branco(a) ( ) Pardo(a) ( ) Preto(a) ( ) Amarelo(a) ( ) Indígena ( ) Não declarado**SEXO:** ( ) M ( ) F**PCD:** ( ) NÃO ( ) SIM – CID: \_\_\_\_\_**LIMITAÇÕES:** ( ) Física ( ) Mental ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Intelectual ( ) Múltipla**ESTADO CIVIL:** ( ) Solteiro(a) ( ) União estável ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)**- DOCUMENTOS PESSOAIS (só serão aceitas cópias legíveis):**

- Identidade (RG) e CPF;
- Carteira de habilitação (quando for requisito do cargo);
- Título de eleitor;
- Certidão de casamento ou união estável e documento de identificação do cônjuge (RG e CPF)
- Cartão do SUS e de vacinação;
- Carteira de reservista (para homens); e
- Comprovante de endereço (conta de telefone, água ou luz).

**-DOCUMENTOS ADMISSIONAIS (só serão aceitas cópias legíveis):**

- CTPS digital;
- Cartão do PIS ativo (pode ser a tela do app Caixa Trabalhador);
- Carteira do conselho (quando for requisito do cargo);
- Certidão negativa do conselho de classe;
- Comprovante de experiência na função nos últimos 06 meses;
- Comprovante de Escolaridade (Ensino fundamental, médio ou Diploma de graduação, conforme exigência da descrição de cargo);
- Cursos de especialização ou técnicos (caso possua ou seja exigência da descrição do cargo);
- Declaração de não vínculo devidamente preenchida (**ANEXO II**);
- Laudo médico para PCD (pessoa com deficiência); e
- Comprovante de conta corrente do **Banco Bradesco (apresentar na entrega dos documentos | MANUAL COM PASSO A PASSO PARA ABERTURA DA CONTA:**

[https://drive.google.com/file/d/1rEUIFIlytodl0xkB2hbnchNwutZ0elod/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1rEUIFIlytodl0xkB2hbnchNwutZ0elod/view?usp=drive_link).**-DOCUMENTAÇÃO DOS DEPENDENTES (só serão aceitas cópias legíveis):**

- Carteira de identidade e CPF original e cópia;
- Certidão de nascimento dos filhos até 14 anos (cópia);
- Declaração escolar dos filhos até 14 anos; e
- Cartão do SUS e cartão de Vacina dos filhos até 14 anos (original e cópia).

**-PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO RH:****DATA DA ADMISSÃO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **CARGO:** \_\_\_\_\_**SETOR:** \_\_\_\_\_ **SALÁRIO:** \_\_\_\_\_**CARGA HORÁRIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Recebido / Conferido\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato\_\_\_\_\_  
Cidade\_\_\_\_\_  
Data

**ANEXO II****DECLARAÇÃO DE NÃO VÍNCULO COM ÓRGÃO PÚBLICO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, RG N° \_\_\_\_\_, CPF N° \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que não possuo vínculo, direta ou indiretamente, com a Administração Pública FEDERAL, ESTADUAL ou MUNICIPAL, em conformidade com inciso XVI do artigo 37 da Constituição Federal.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a veracidade do declarado neste documento;

\_\_\_\_\_, CE \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)