

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 08/2025 – CEPHRECE- TIANGUÁ
CONVOCAÇÃO PARA OS TRÂMITES DA CONTRATAÇÃO**

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 Simplificado nº 08/2025, 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**, bem como a declaração de não vínculo com órgão público, devidamente preenchida (**ANEXO II**), na data e horário indicados abaixo:

Data: **20/10/2025, segunda-feira**

Horário de atendimento: **09h00h às 15h30h**

Local: na Faculdade ViaSapiens (FVS), situada na **Av. Prefeito Jaques Nunes, 1739 - Centro, Tianguá - CE, CEP 62320-069 – SALA 1.**

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

Tianguá - CE, 16 de outubro de 2025.

ALICE SOUZA CAVALCANTE
ANA CARLA AZEVEDO DIAS
ANA KECIA DO NASCIMENTO DE MESQUITA
FRANCISCA GRACIELE DIAS BALBINO
FRANCISCA GRACIELE PAIXAO DE BARROS SOUSA
IARA CINTYA GOMES DE SIQUEIRA
ILLGNER SANTOS PEIXOTO
JESSICA CANDIDA SILVA OLIVEIRA
JOSE JARDEL LIRA CRISPIM
KARINE SOUSA MARQUES
MANOEL VIEIRA ARAUJO NETO
MARIA GEILA DE CASTRO
MARIA LEILIANE ROSA BARBOSA ANDRADE
MARIA VALDEREZ DOS SANTO
NARA MORAIS VAES
RAFAEL MATHIAS GOMES LIMA

Comissão Organizadora

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 08/2025 – CEPHRECE- TIANGUÁ
CONVOCAÇÃO PARA OS TRÂMITES DA CONTRATAÇÃO

CANDIDATOS

NÍVEL FUNDAMENTAL	
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	FRANCISCA GADELHA DOS SANTOS
2º	MATEUS LOURENCO DE LIMA
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS – POSTO DE SAÚDE DO VALPARAÍSO	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	FRANCISCA MUNIZ DA SILVA
COZINHEIRO	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	LUCIA MARIA DE PAULA RIBEIRO

NÍVEL MÉDIO	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	GEIZA CALDAS DA SILVA FREITAS
2º	WELLINGTON MENDES DOS SANTOS
3º	NARCELIA MARIA ATALIBA
4º	FRANCISCO ENZO SOUSA GOMES
5º	MISSIANE DUARTE DA SILVA
6º	FABIO BATISTA FERREIRA
7º	FELIPE AUGUSTO ARAUJO
8º	DANIEL DE OLIVEIRA SILVA
9º	NATALI FERNANDES DE LIMA
10º	FRANCISCO IKARO DA SILVA FREIRE
11º	MARCELO ALVES DE ALMEIDA
12º	ELIDA DA FROTA SOUZA
13º	JOSY LIMA DA COSTA
CUIDADOR	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	MAYCON FERNADES DE SOUZA
RECEPCIONISTA	
CLASSIFICAÇÃO	NOME

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 08/2025 – CEPHRECE- TIANGUÁ
CONVOCAÇÃO PARA OS TRÂMITES DA CONTRATAÇÃO**

1º	JOANA DARC VIANA MEDEIROS
2º	MARIA LUISA ARAUJO FONTENELE
RECEPCIONISTA UBS DE ITAGUARUNA	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	MARIA NAILA OIVEIRA DE VASCONCELOS
RECEPCIONISTA UBSF DO SÃO JOSÉ WALTER LUIZ RAMOS CORREIA	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	ANTONIA LETICIA COSTA PINTO
RECEPCIONISTA POSTO DE SAÚDE DO TABAINHA	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	BENEDITA VIEIRA FERNANDES
2º	DAISON MACHADO VIEIRA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	VILANI MEDEIROS DA COSTA
2º	LEIDIANE ARAUJO DO NASCIMENTO
3º	CLAUDENICE CORREIA VIEIRA
4º	ANTONIA GOMES BARBOSA
VIGIA	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	WISLEY BATISTA DO NASCIMENTO PORTELA
2º	GILMARQUES MENEZES DE BRITO

NÍVEL SUPERIOR	
ENFERMEIRO (A)	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	ANA PAULA VIEIRA DO NASCIMENTO
2º	DANIELE AGUIAR MACHADO
DENTISTA	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	MARYANE BRECKENFELD SILVA DINIZ
2º	LAYANNA AGUIAR VIEIRA NIRVANA
FONOAUDIOLOGO (100H)	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	ANDRESSA DA SILVA NASCIMENTO

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 08/2025 – CEPHRECE- TIANGUÁ
CONVOCAÇÃO PARA OS TRÂMITES DA CONTRATAÇÃO**

PSICÓLOGO	
CLASSIFICAÇÃO	NOME
1º	SILVIALINE FONTENELE RAMOS
2º	LORENA KELLY MOREIRA LIRA

ANEXO I

DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO

(Só serão aceitas cópias legíveis)

CHECK LIST ADMISSSIONAL – 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 ADMISSIOAIS (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 – Cargo de Auxiliar administrativo, certificado do curso de Assistência Farmacêutica para o apoio técnico de nível médio: instrumentalização e prática na Atenção Básica, 50H**);
- 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/1rEUIFIYtodl0xkB2hbnchNwutZ0elod/view?usp=drive_link) – Caso não consiga abrir a conta pelo aplicativo, entre em contato pelo e-mail dho@cephrece.org.br para solicitar a Declaração de Abertura de Conta, a fim de realizar a abertura presencialmente em uma agência bancária. No assunto do e-mail, informe: **DECLARAÇÃO DE ABERTURA DE CONTA**. No corpo do e-mail, inclua o motivo da solicitação e os seguintes dados: **Nome completo, PIS e CPF**.

-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)