

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 09/2025 – 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 09/2025, 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**, incluindo o referido anexo **devidamente preenchido**, bem como a Declaração de Não Vínculo com Órgão Público, também devidamente preenchida (**ANEXO II**), na data e no horário indicados abaixo.

Data: **12/01/2026, segunda-feira**

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

Local: na Escola de Ensino Fundamental Professora Alaide Barroso Nunes, situada na **R. Ver. Raimundo Lima, 196 - Centro, Tianguá - CE, CEP: 62320-037 – (Ponto de referência: Em frente a unidade básica de saúde Maria da Costa do Nascimento - UBS CSU).**

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

Tianguá - CE, 08 de janeiro de 2026.

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
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 09/2025 – CEPHRECE- TIANGUÁ
CONVOCAÇÃO PARA OS TRÂMITES DA CONTRATAÇÃO

CANDIDATOS(AS)**NÍVEL FUNDAMENTAL**

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	ELIANE SOUZA DE SALES	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
2º	MARIA DE NAZARE FROTA MAGALHAES	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

NÍVEL MÉDIO

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	ANTONIA MARIA CARVALHO DOS SANTOS LLEAL	ARTESÃO
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	ANA CAMILE DA SILVA AGUIAR	AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	LAURIVANDA DA CRUZ DE AGUIAR	RECEPCIONISTA
2º	CRISTINA PEREIRA DA SILVA	RECEPCIONISTA
3º	MARIA RIVIANE OLIVINDO DA COSTA	RECEPCIONISTA
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	MARIANE SANTOS DA SILVA	RECEPCIONISTA UBS DE ARATICUM
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	JOANA DARK DOS SANTOS CRUZ	RECEPCIONISTA UBSF DE PINDOGUABA
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	MARCOS ANTONIO MIGUEL SILVA	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	ALISSON ALBUQUERQUE DE ARAUJO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM HORISTA

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 09/2025 – CEPHRECE- TIANGUÁ
CONVOCAÇÃO PARA OS TRÂMITES DA CONTRATAÇÃO

NÍVEL SUPERIOR		
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	ANDREA MAGALHAES DE OLIVEIRA	ASSISTENTE SOCIAL
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	ALICE MARIA COSTA PINTO	ENFERMEIRO (A)
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	EVILA ALVES ARAUJO	ENFERMEIRO (A) HORISTA
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	RHANA ALLANY ALVES DE SOUZA	DENTISTA HORISTA
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	FERNANDA PINHEIRO PEIXOTO DE SOUZA	NUTRICIONISTA
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	CLAUBERIA COSTA DE SOUZA	PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FISICA
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
1º	ISABELE VASCONCELOS LIMA	PSICÓLOGO .
2º	CARLOS ALCIDES FERNANDES RODRIGUES	PSICÓLOGO .

ANEXO I

DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO

(Só serão aceitas cópias legíveis)

CHECK LIST ADMISSÃO – 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 ADMISSORIAIS (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;
- 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/1rEUIFIYtodl0xB2hbnchNwutZ0eIod/view?usp=drive_link – Caso não consiga abrir a conta pelo aplicativo, entre em contato pelo e-mail rho@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)