

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL Nº 09/2025 – CEPHRECE- TIANGUÁ
QUARTA 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: **04/02/2026, quarta-feira**

Horário de atendimento: **13:30h às 16:00h**

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

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

Tianguá - CE, 04 de fevereiro 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
QUARTA CONVOCAÇÃO PARA OS TRÂMITES DA CONTRATAÇÃO**

CANDIDATO(A)		
NÍVEL SUPERIOR		
CLASSIFICAÇÃO	NOME	CARGO
4º	HÉRICA THALLYA ARAUJO BARROSO	PSICÓLOGO

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;
- 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 2026.

Assinatura do(a) Candidato(a)