



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

DÉCIMO QUARTO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA NOMEAÇÃO E POSSE DA SELEÇÃO PÚBLICA DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE DO CURU- CISVALE; EDITAL Nº. 001/2021

O CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE DO CURU-CISVALE, PRESIDENTE Ariana Cordeiro Façanha de Aquino no uso de suas atribuições legais e regimentais, e considerando a homologação do resultado da SELEÇÃO PÚBLICA PARA PROVIMENTO DE VAGAS DO QUADRO DE EFETIVOS E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DA DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE-CISVALE EDITAL DE ABERTURA Nº. 001/2021, DE 03 DE SETEMBRO DE 2021, CONVOCA o candidato habilitado relacionado neste Edital com vistas à nomeação e posse para o cargo efetivo, observadas as seguintes condições:

1. DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

- 1.1.** O candidato relacionado no presente Edital, deverá comparecer, pessoalmente, ou por intermédio de procurador, mediante procuração pública ou particular com firma reconhecida em cartório na **data de 19 e 20/09/2022, das 09:00h às 15:00h**, na Sede do Consórcio Público de Saúde – CISVALE situado a Rua Juaci Sampaio Pontes 1696B, Centro na Cidade de Caucaia –CE, para apresentação e entrega dos documentos constantes no **Anexo I**, parte integrante do presente **Edital de Convocação para Nomeação** e, na forma do **Edital de Abertura da seleção Pública**. Por ordem de chegada dos candidatos.
- 1.2.** O candidato deverá apresentar, no ato do comparecimento para entrega dos documentos acima especificados, a comprovação que possui habilitação para desenvolver a atividade de Odontólogo para atendimento à Pacientes Especiais, conforme exigência do cargo, sob pena de desclassificação do mesmo.
- 1.3.** Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento constante no **Anexo I** deste **Edital de Convocação para Nomeação** acarretará o não cumprimento da exigência do **item 1.1**, deste Edital.
- 1.4.** O não comparecimento no prazo legal implicará a renúncia tácita do classificado convocado e, conseqüentemente, a perda do direito à nomeação ao cargo para o qual foi aprovado, podendo o Consórcio Público de Saúde- CISVALE convocar o candidato imediatamente posterior, obedecendo a ordem de classificação.

2. DOS EXAMES MÉDICOS

- 2.1.** O candidato deverá comparecer nas datas constantes no cronograma do **item 2.2**, das 09h00min às 14h00min, para realização do exame médico admissional constantes no **Anexo IV**, deste



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ- PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

Edital de Convocação para Nomeação, perante à Junta Médica Oficial designada pelo CISVALE, localizada no Grupo Labor Life – Saúde e Segurança, situado à Rua Caio Cid, nº 259, Bloco A, Luciano Cavalcante, CEP: 60.811-150, Fortaleza-CE, que avaliará a aptidão para o exercício das atribuições do cargo, sob pena de renúncia tácita do classificado convocado e, conseqüentemente, perda do direito à nomeação ao cargo para o qual foi aprovado, ficando o CISVALE autorizado a convocar outros classificados e aprovados na referida Seleção Pública em sua substituição, obedecendo à ordem legal.

2.2. Os Convocados deverão comparecer perante a Junta Médica, conforme tabela abaixo:

| CAUCAIA | | |
|--|--------------------------------|-----------|
| CARGO 1607: ODONTÓLOGO PACIENTES ESPECIAIS | | |
| DATA: 16 e 19/09/2022 - HORÁRIO: 9:00 ÀS 14:00 | | |
| Class | Nome do(s) Aprovado(s) | Inscrição |
| 01 | PAULO ANDRÉ FONTENELE DE PAULA | 000414359 |

3. DA NOMEAÇÃO E POSSE

3.1. Cumpridas as exigências no que concerne à entrega de documentação e exames médicos admissionais, nos itens "1" e "2" deste Edital, para preenchimento de vagas efetivas constantes do quadro do Consórcio Público de Saúde Interfederativo do Vale do Curu- CISVALE **com data de NOMEAÇÃO E POSSE de forma imediata.**

4. DA PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Edital de Convocação para Nomeação e Posse, com a relação completa dos CONVOCADOS, estará publicado no site oficial do CISVALE www.cisvale.ce.gov.br/ divulgado na Internet, no endereço eletrônico www.cetrede.com.br, e no quadro de avisos do CISVALE, atendendo a necessidade e conveniência de cada ente administrativo do Consórcio Público de Saúde Interfederativo do Vale do Curu- é de inteira responsabilidade do candidato a sua omissão quanto ao que for publicado ou divulgado.

4.2. Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE DO CURU- CAUCAIA-CE, aos 15 de setembro de 2022.

ARIANA CORDEIRO FAÇANHA DE AQUINO
Presidente do CISVALE



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

ANEXO I

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS

- 1 01 (uma) foto 3x4 (atualizadas);
- 2 01 (uma) Cópia da Carteira de Identidade;
- 3 01 (uma) Cópia do CPF;
- 4 01 (uma) Cópia de comprovante de residência atual;
- 5 Certidão de Casamento e CPF (quando for casado) ou Nascimento se for solteiro;
- 6 Título de Eleitor com comprovante de votação da última eleição ou certidão de quitação expedida pela Justiça Eleitoral;
- 7 Comprovante de inscrição no PIS / PASEP ATIVO
- 8 Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – Página que identifique o trabalhador (frente e verso);
- 9 Certificado do grau de escolaridade exigido para o cargo;
- 10 Certidão de Nascimento dos Filhos menores de 14 anos e CPF
- 11 Carteira de Vacina atualizado da criança menor de 07 anos e comprovante de frequência escolar de 07 a 13 anos e 11 meses. No caso de menor inválido que não frequenta a escola, deve ser apresentado atestado médico que confirme este fato.
- 12 Certificado de Reservista ou Dispensa de Incorporação (para os homens);
- 13 Quando exigido para o cargo, comprovante de habilitação em Órgão Profissional e/ou cópia da Carteira de Registro no respectivo Conselho, devidamente acompanhada de Certidão de situação de regularidade;
- 14 Quando exigido para o cargo, Certificado do Curso que atenda as exigências estabelecidas no Edital de Abertura;
- 15 Certidão Negativa de Antecedentes Criminais das Justiças Estadual, Eleitoral e Federal, expedidas pelo órgão distribuidor;
- 16 Declaração de Bens e Valores que constituam o patrimônio do candidato e, se casado, a do cônjuge (**Anexo II**), podendo ser substituída pela Declaração de Imposto de Renda;
- 17 Declaração de que o candidato não exerce outro cargo, função ou emprego público na Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, que gere impedimento legal, e sobre o recebimento de proventos decorrentes de aposentadoria e pensão (**Anexo III**);
- 18 Formulário para Cadastro e Integração com o eSocial, devidamente preenchido de forma legível e sem rasuras (**Anexo V**).

Todos os documentos deverão ser entregues em cópias autenticadas ou apresentados juntos dos originais.



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO
CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____, portador (a) da Carteira de
Identidade nº. _____, inscrito (a) no CPF sob o nº. _____,
DECLARO, nos termos da Lei, que até a presente data:

Não possuo bens a declarar.

Possuo bens a declarar, conforme segue abaixo:

RELAÇÃO DE BENS E VALORES

DISCRIMINAÇÃO

VALOR (R\$)

Caucaia– CE, 00 de xxxxxx de 2022

Assinatura



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

ANEXO III

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº. _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, DECLARO, para os devidos fins de provimento de cargo público, que não exerço nenhum cargo, função e emprego público em quaisquer das esferas Federal, Estadual e Municipal, da Administração Pública, que gere impedimento legal nos termos do artigo 37, incisos XVI e XVII, da Constituição Federal, não comprometendo, dessa forma, minha nomeação e posse para o cargo de _____, no Consórcio Público de Saúde – CISVALE Caucaia - CE.

DECLARO que não percebo proventos de aposentadoria e pensão decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal, que sejam incompatíveis com o Cargo em que tomarei posse.

E por ser verdade, firmo a presente declaração sob as penas da Lei.

Caucaia- CE , 00 de xxxxxx de 2022

Assinatura

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

“Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

(...)

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI: a) a de dois cargos de professor; b) a de um cargo de professor com outro, técnico ou científico; c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

XVII – 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 público;

(...)

§ 10. É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

**APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO
CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA**

acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração.



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

ANEXO IV

DO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL E DA APRESENTAÇÃO DOS EXAMES DE SAÚDE

- 1** Os candidatos convocados deverão comparecer ao exame médico admissional no dia, hora e local anteriormente indicado, para realização dos exames de saúde abaixo listados.
 - a.** Hemograma completo com contagem de plaquetas;
 - b.** Exame de Audiometria
 - c.** ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

- 2** Somente será investido em cargo público o candidato que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo, após a submissão ao exame médico pré-admissional, de caráter eliminatório, a ser realizado pela Junta Médica Oficial do Consórcio.



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ- PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

ANEXO V

| | | |
|---|---|---|
| | FORMULÁRIO PARA CADASTRO E INTEGRAÇÃO COM eSocial. | DADOS ADMISSIONAIS |
| | | Data Admissão: / / Função: |
| O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância. | | |

Empresa:

CNPJ:

Data do preenchimento: / /

| | | | | | | |
|---|-------|---|---------------------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Nome Completo: | | | | | | |
| Nacionalidade | | Cidade Nascimento | | | UF | Data de Nascimento |
| | | | | | | - / / |
| Estado Civil | | Grau Instrução | | | | |
| <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo | | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1º a 5º ano), <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (6º a 9º ano), <input type="checkbox"/> Educação superior incompleta, <input type="checkbox"/> Educação superior completa, <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo, <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto, <input type="checkbox"/> Ensino médio completo, | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pós-graduação, <input type="checkbox"/> Mestrado, <input type="checkbox"/> Doutorado, | | | | | | |
| Nº RG | Série | UF | Órgão Emissor | UF | Data Expedição | Nº CPF |
| | | | | | - / / | |
| Nº CNH | UF | Categoria | Data Emissão | Vencimento CNH | Primeira Habilitação | |
| | | | - / / | - / / | - / / | |
| Título de Eleitor | Zona | Seção | Nº Certificado Reservista | | Nº PIS/NIT | |
| | | | | | | |

| Características Físicas | Raça/Cor | Cor/Cabelo | Cor/Olhos | Tipo Sanguíneo | |
|-------------------------|--|---|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Brancos <input type="checkbox"/> Castanhos <input type="checkbox"/> Loiros <input type="checkbox"/> Pretos <input type="checkbox"/> Ruivos | <input type="checkbox"/> Azuis <input type="checkbox"/> Castanhos <input type="checkbox"/> Pretos <input type="checkbox"/> Verdes | <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- | <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB- |

| | | | | | |
|----------|-----|-----------|-------------|----------|--|
| Endereço | | | Complemento | | |
| | | | | | |
| Bairro | CEP | Cidade/UF | | Telefone | |
| | | | | () - | |

| | | | | | |
|-----------------------|-------------------|----|--------------------|--|--|
| Nome do Pai: | | | | | |
| Nome da Mãe: | | | | | |
| Nome do Cônjuge: | | | | | |
| Nacionalidade Cônjuge | Cidade Nascimento | UF | Data de Nascimento | | |
| | | | | | |



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU -
TEJUÇUOCA
MICROREGIÃO DE CAUCAIA

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | / | / |
|--|--|--|---|---|

| | | | |
|--------------------|--------|----|-------------------------|
| Nome Filho | | | |
| Data de Nascimento | Cidade | UF | CPF (Maiores de 3 Anos) |
| / / | | | |
| Nome Filho | | | |
| Data de Nascimento | Cidade | UF | CPF (Maiores de 3 Anos) |
| / / | | | |
| Nome Filho | | | |
| Data de Nascimento | Cidade | UF | CPF (Maiores de 3 Anos) |
| / / | | | |



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO
GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA

DATA DE ADMISSÃO: _____

FUNÇÃO: _____

SALÁRIO INICIAL: _____

QUADRO DE HORÁRIOS:

| SEMANA | Entrada | Saída | Entrada | Saída |
|---------|---------|-------|---------|-------|
| Segunda | | | | |
| Terça | | | | |
| Quarta | | | | |
| Quinta | | | | |
| Sexta | | | | |
| Sábado | | | | |
| Domingo | | | | |



SECRETARIA DA SAÚDE
Governo do Estado do Ceará

CISVALE

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE INTERFEDERATIVO DO VALE CURU

APUIARÉS - CAUCAIA - GENERAL SAMPAIO - ITAPAJÉ - PENTECOSTE - PARACURU - PARAIPABA - SÃO
GONÇALO DO AMARANTE - SÃO LUIZ DO CURU - TEJUÇUOCA

LISTA DE DOCUMENTOS ADMISSIONAIS:

- D** Exame admissional (ASO) ;
 - D** Exames médicos complementares (Toxicológico, Audiometria...);

 - D** FORMULÁRIO PREENCHIDO DO ESOCIAL (VIDE MODELO EM ANEXO);
 - D** Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);
 - D** Cópia do RG ou RNE para Estrangeiros;
 - D** Cópia do CPF;
 - D** Título de eleitor para maiores de 18 anos;
 - D** Registro profissional emitido pelo órgão de classe;
 - D** Cópia da certidão de casamento no caso de o trabalhador ser casado;
 - D** Cópia da certificado de alistamento militar ou reservista, para homens entre 18 e 45 anos;
 - D** Cópia de certidão de nascimento de filhos de até 21 anos;
 - D** Cópia do CPF dos filhos maiores de 3 anos.
 - D** Caso haja, atestado de invalidez dos filhos de qualquer idade;
 - D** CNH, no caso em que a profissão demande o trabalho com veículos;
 - D** Fotos 3x4;
 - D** Comprovante de residência;
 - D** Cópia do comprovante de escolaridade;
 - D** Cartão de vacinação dos filhos menores de sete anos e comprovante de frequência escolar dos filhos maiores de sete anos para o caso de salário-família.
-