



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 NONO 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 05 e 06/01/2023, 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**.
- 1.2.** 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.
- 1.3.** 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 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



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

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 1601: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL            |                                |           |
| DATA: 05 e 06/01/2023 - HORÁRIO: 9:00 ÀS 14:00 |                                |           |
| Class  | Nome do(s) Aprovado(s)         | Inscrição |
| 01   | CLEIDE MARQUES SALES DE ARAÚJO | 000417343 |
| 02   | CLEICIANA SILVA FREITAS        | 000417375 |

### 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/](http://www.cisvale.ce.gov.br/) divulgado na Internet, no endereço eletrônico [www.cetrede.com.br](http://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 04 de janeiro de 2023.**

**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 20xx**

---

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 20xx**

\_\_\_\_\_  
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

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
|   | <b>FORMULÁRIO PARA CADASTRO E INTEGRAÇÃO COM eSocial.</b> | <b>DADOS ADMISSIONAIS</b>         |
|   |   | Data Admissão: / /<br><br>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<br><input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Divorciado<br><input type="checkbox"/> Viúvo |       | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1º a 5º ano),<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (6º a 9º ano),<br><input type="checkbox"/> Educação superior incompleta,<br><input type="checkbox"/> Educação superior completa,<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo,<br><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto,<br><input type="checkbox"/> Ensino médio completo, |                           |                |                      |                    |
| <input type="checkbox"/> Pós-graduação,<br><input type="checkbox"/> Mestrado,<br><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<br><input type="checkbox"/> Branco<br><input type="checkbox"/> Indígena<br><input type="checkbox"/> Pardo<br><input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Brancos<br><input type="checkbox"/> Castanhos<br><input type="checkbox"/> Loiros<br><input type="checkbox"/> Pretos<br><input type="checkbox"/> Ruivos | <input type="checkbox"/> Azuis<br><input type="checkbox"/> Castanhos<br><input type="checkbox"/> Pretos<br><input type="checkbox"/> Verdes | <input type="checkbox"/> A+<br><input type="checkbox"/> A-<br><input type="checkbox"/> B+<br><input type="checkbox"/> B- | <input type="checkbox"/> O+<br><input type="checkbox"/> O-<br><input type="checkbox"/> AB+<br><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.
-