

JOSUÉ SOUSA RODRIGUES

Secretário de Saúde Adjunto

Publicado por:

Maria da Conceição de Lima Paiva

Código Identificador:C30D5206**ESTADO DO CEARÁ****PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARACIABA DO NORTE****GABINETE DO PREFEITO****ADITIVO I AO EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 16/2026**

O **PREFEITO MUNICIPAL DE GUARACIABA DO NORTE-CE**, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei Orgânica Municipal;

CONSIDERANDO a homologação do resultado final do Concurso Público para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva para cargos do quadro de pessoal efetivo da Prefeitura Municipal de Guaraciaba do Norte-CE, regido pelo Edital de Abertura nº 01/2024;

CONSIDERANDO o pedido de desistência expressa pela candidata **MARIA TAINA RODRIGUES DE SOUSA PAULO (9º Lugar - PSICÓLOGO-Ampla Concorrência)**.

RESOLVE:

CONVOCAR a candidata **DEBORAH DE SOUSA BRITO (10º Lugar – PSICÓLOGO – Ampla Concorrência)**;

O(s) convocado(s) deve(m) apresentar a documentação listada no **ANEXO II** ao Setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Guaraciaba do Norte-CE, **Rua Maria Osmar Tavares dos Santos, Nº 55, Centro, em frente à Praça de Eventos da Rodoviária**, no período de **06 a 10 julho de 2026, das 8h às 14h**;

1. Além da apresentação dos documentos, a posse do(a) candidato(a) ficará condicionada à realização de inspeção médica oficial. O(A) candidato(a) nomeado(a) somente será empossado(a) se for julgado(a) APTO(A) física e mentalmente para o exercício do cargo, mediante a emissão de laudo de sanidade física e mental pela junta médica oficial;

2. Por ocasião da inspeção médica, o(a) candidato(a) deve levar um documento de identidade original com foto, além dos laudos/exames médicos constantes no **ANEXO III**, que terão validade se realizados até 60 dias antes da data de apresentação à inspeção médica oficial;

3. A inspeção médica dos candidatos ocorrerá no **dia 15 de julho de 2026, a partir das 14h até as 16h, no Hospital e Maternidade São José**, conforme ordem de atendimento. Somente será investido em cargo público o candidato que for julgado apto para o exercício do cargo, após a submissão ao exame médico pré-admissional, de caráter eliminatório.

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 Município de Guaraciaba do Norte-CE convocar o candidato imediatamente posterior, obedecendo a ordem de classificação.

Paço da Prefeitura Municipal de Guaraciaba do Norte/CE, 30 de junho de 2026.

JOSÉ CEFAS PONTES MELO

Prefeito Municipal

ANEXO II**DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A POSSE E EXERCÍCIO**

01 FOTO 3X4

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG, CNH, REGISTRO EM ÓRGÃO DE CLASSE)

CPF E COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL NO CPF CARTEIRA DE TRABALHO – FRENTE, VERSO E Nº PIS/PASEP (DOCUMENTO FÍSICO OU DIGITAL)

COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE – DIPLOMA DA HABILITAÇÃO PARA O CARGO

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ATUAL)

TÍTULO DE ELEITOR (FRENTE E VERSO)

CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL**CERTIDÃO DE RESERVISTA OU CERTIFICADO DE DISPENSA (MASCULINO)****CERTIDÃO DE ANTECEDENTES, EMITIDO PELO ÓRGÃO DE SEGURANÇA PÚBLICA ESTADUAL E FEDERAL****CERTIDÃO NEGATIVA CÍVEL E CRIMINAL DE 1º GRAU DA JUSTIÇA ESTADUAL, INCLUINDO DOS JUÍZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS (FÓRUM)****CND - CERTIDÃO NEGATIVA DE DEBITOS MUNICIPAIS COMPROVANTE DE ABERTURA DE CONTA CORRENTE EM AGÊNCIA DO BANCO BRADESCO OU CÓPIA DO CARTÃO, PODENDO SER APRESENTADO ATÉ A DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO****CERTIDÃO CASAMENTO OU CONTRATO UNIÃO ESTÁVEL - RG E CPF DO CÔNJUGE****RG E CPF DOS DEPENDENTES****REGISTRO CONSELHO RESPECTIVA CATEGORIA – ANUIDADE DO ANO****CURSO ESPECÍFICO QUANDO EXIGIDO NO EDITAL, COMPROVADO POR DIPLOMA.****FORMULÁRIOS FORNECIDOS PELO SETOR DE RECURSOS HUMANOS****DECLARAÇÃO DE BENS****DECLARAÇÃO NEGATIVA DE ACÚMULO DE CARGO**

Cópias simples, acompanhadas do documento original, para fins de conferência e validação. As certidões emitidas on line dispensam a entregam de cópias.

ANEXO III

EXAMES MÉDICOS PRÉ-ADMISSIONAIS:	
Hemograma completo;	Parasitológico de Fezes;
Colesterol (HDL);	Raio X de tórax PA;
Colesterol (LDL);	Sumário de Urina;
Colesterol Total;	TGO;
Creatinina;	TGP;
Fosfatase Alcalina;	Triglicérides;
Glicemia;	Ureia;
Grupo Sanguíneo + Fator RH;	VDRL.

DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR BENS**SERVIDOR (A):** _____**RG:** _____ **SSP/** _____ **CPF:** _____**Residente/Domiciliado:** _____**Cidade de:** _____ **Estado:** _____ **Celular (** _____ **)**

DECLARO para os devidos fins que até a presente data **NÃO POSSUO** bens a declarar.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Guaraciaba do Norte/CE, _____ de _____ de _____.

Declarante

DECLARAÇÃO DE BENS**SERVIDOR (A):** _____**RG:** _____ **SSP/** _____ **CPF:** _____**Residente/Domiciliado:** _____**Cidade de:** _____ **Estado:** _____ **Celular (** _____ **)**

DECLARO para os devidos fins que até a presente data o meu patrimônio é constituído pelos bens arrolados a seguir:

Discriminação	Valor (R\$) Atualizado

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Guaraciaba do Norte/CE, _____ de _____ de _____.