

3. A inspeção médica dos candidatos ocorrerá no **dia 16 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, 03 de julho 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 RESERVA 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 JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS (FÓRUM)

CND - CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS 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 entrega de cópias.**

## ANEXO III

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

### DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUO 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 \_\_\_\_\_.

Declarante

### DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGO

SERVIDOR (A): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Residente/Domiciliado: \_\_\_\_\_

Cidade de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**DECLARO**, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada, que:

( ) **não exerce** cargo público

**Exerce:** ( ) cargo público ( ) cargo em comissão ( ) função gratificada

**Os campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública (cargo comissionado):**

#### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL/CARGO

Local: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Cargo/Emprego/Função: \_\_\_\_\_

Regime Jurídico (estatutário/celetista) \_\_\_\_\_

#### 2 – HORÁRIO DE TRABALHO:

| Dia da Semana                   | Horário (entrada e saída) |
|---------------------------------|---------------------------|
| De 2ª a 6ª feira                |                           |
| Sábado                          |                           |
| Domingo                         | Plantão                   |
| TOTAL DE CARGA HORÁRIA SEMANAL: |                           |

Guaraciaba do Norte/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Declarante

### DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DO CONCURSO PÚBLICO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, aprovado(a) e classificado(a) em \_\_\_\_\_ lugar para o cargo de \_\_\_\_\_, do Edital nº01/2024, tendo sido convocado/nomeado por ato publicado