




ANEXO I

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 01– Edital nº 003/2026 – RELAÇÃO DOS
CANDIDATOS CONVOCADOS PARA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO**

**RELAÇÃO DOS CONVOCADOS PARA O CENTRO DE ESPECIALIDADES
ODONTOLÓGICAS DR. JOSÉ FELÍCIO FILHO - CEO-R**

NOME	CLASS.	CARGO/FUNÇÃO
LÍVIA DOS SANTOS MONTE VIANA RIBEIRO	1º	CIRURGIÃO DENTISTA ENDODONTISTA

Quixadá-CE, 29 de maio de 2026


Elistênio da Nóbrega Lima
Secretário Executivo
Portaria nº 10/2023

Elistênio da Nóbrega Lima
Secretário Executivo-CPSMQ
Portaria: 10/2023



CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE
MICRORREGIÃO DE QUIXADÁ



ANEXO II

ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO

Nome: _____

CPF: _____

Estado Civil: _____

Raça/Cor: _____

Tel. para contato: _____

E-mail: _____

Cargo concorrido: _____

Data de entrega: _____

Itens	Cumprido?
Ter sido classificado na forma estabelecida neste Edital, em seus anexos e eventuais retificações;	
Ser brasileiro nato, naturalizado ou estrangeiro na forma da lei;	
Ter idade mínima de 18 anos completos;	
Estar quite com o serviço militar, exceto para os candidatos do sexo feminino, e com a Justiça Eleitoral, para todos os candidatos;	
Ser considerado apto no exame admissional (ASO), mediante apresentação dos laudos, exames e declaração de saúde que forem exigidos;	
Não ter sido condenado a pena privativa de liberdade transitada em julgado ou qualquer outra condenação incompatível com a função pública;	
Estar registrado e com a situação regularizada junto ao órgão de conselho de classe correspondente à sua formação profissional, quando for o caso;	
Estar apto física e mentalmente para o exercício do cargo, não sendo, inclusive, pessoa com deficiência incompatível com as atribuições deste, fato a ser apurado por Comissão instituída pelo Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá–CPSMQ;	
Não registrar antecedentes criminais;	
Cumprir as determinações deste Edital.	

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá – CPSMQ

Av. Juscelino Kubitschek, S/N, com sede na Policlínica de Quixadá – Alto São Francisco / Quixadá/Ce

CNPJ: 14.530.768/0001-81 – E-mail: rh.cpsmq@gmail.com

Telefone: (88) 9 9873-0058 / Whatsapp: (88) 9 9743-0048



CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE
MICRORREGIÃO DE QUIXADÁ



Checklist em atendimento ao item 7 do edital 003/2026 do processo seletivo do CPSMQ:

DOCUMENTOS	ENTREGUE?
01 Foto 3 X 4;	
Documento de Identificação (RG, CNH, Registro em Órgão de Classe);	
CPF – Cadastro de Pessoa Física;	
Comprovante de Residência (ATUAL);	
Título de Eleitor (frente e verso);	
Carteira de Trabalho que contenha N° PIS/PASEP;	
Comprovante de Escolaridade – Diploma(s) da Habilitação para o emprego;	
Exame admissional (ASO), agendado pela instituição;	
Certidão de casamento ou contrato de união estável – RG e CPF do cônjuge;	
RG e CPF dos dependentes;	
Comprovante de Situação cadastral do CPF; Link: https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp	
Certidão de quitação eleitoral, disponível no seguinte link: https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral	
Certidão de reservista ou Certificado de dispensa (masculino);	
Certidão de antecedentes, emitido pelo órgão de segurança pública estadual e federal; Link 1: https://www.sspds.ce.gov.br/atestado-de-antecedentes-criminais/ . Link 2: https://servicos.pf.gov.br/epol-sinic-publico/	
Certidão negativa cível de 1º grau da justiça estadual, incluindo dos juizados especiais criminais (fórum), Link: https://sirece.tjce.jus.br/sirece-web/nova/solicitacao.jsf	
Certidão negativa criminal de 1º grau da justiça estadual, incluindo dos juizados especiais criminais (fórum); Link: https://sirece.tjce.jus.br/sirece-web/nova/solicitacao.jsf	
CND – Certidão Negativa de Débitos Municipais;	
Registro do Conselho da respectiva categoria – Anuidade do ano;	
Curso específico quando exigido no edital, comprovado por diploma;	
Cartão de Vacinação atualizado de acordo com a norma regulamentadora 32 (NR 32). Link: https://meusdigital.saude.gov.br/login	
Termo de compromisso de confidencialidade e sigilo das informações (Anexo III);	
Fazer declaração assinada com os seguintes tópicos: <ul style="list-style-type: none">- Não estar cumprindo e nem ter sofrido, no exercício da função pública, penalidade por prática de improbidade administrativa, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal;- Quanto ao exercício de outro(s) cargo(s), emprego(s) ou função (ões) pública(s) e sobre recebimento de proventos decorrentes de aposentadoria e/ou pensão;- De não estar cumprindo sanção por inidoneidade, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal;- Declarando se tem ou não, bens e valores que constituam patrimônio;	

Data e assinatura do recebedor



CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE
MICRORREGIÃO DE QUIXADÁ



ANEXO III

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu _____
_____, CPF _____, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas aos documentos (prontuários) e informações referentes aos pacientes atendidos nesta Instituição.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. Não compartilhar as senhas ou segredo de autenticação de acessos ao ambiente computacional (login de máquinas e acesso a sistemas operacionais), não cedendo, não transferindo, não divulgando ou permitindo o seu conhecimento por terceiros, responsabilizando-me por todas as ações realizadas através deste acesso;
2. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
3. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
4. A não apropriar-me de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
5. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.
6. Manter a confidencialidade dos dados clínicos e cadastrais dos beneficiários, ou seja, das informações dos pacientes atendidos, utilizando-se destas, única e exclusivamente para fiel execução deste instrumento, assumindo inteira responsabilidade por eventuais danos decorrentes da divulgação destas informações, exceto quando determinado judicialmente ou para fins de defesa judicial, permanecendo a obrigação inclusive após a rescisão contratual.

Portanto fico ciente de que as violações aqui previstas estão de acordo com o artigo 195, incisos, III, IX, X, XI e XII da Lei nº. 9.279/96 e Artigo 154 do Código Penal – Decreto-Lei nº. 2.848/40.

Quixadá- CE, _____ de _____, _____.

Colaborador

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá – CPSMQ

Av. Juscelino Kubitschek, S/N, com sede na Policlínica de Quixadá – Alto São Francisco / Quixadá/Ce

CNPJ: 14.530.768/0001-81 – E-mail: rh.cpsmq@gmail.com

Telefone: (88) 9 9873-0058 / Whatsapp: (88) 9 9743-0048