



CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

GUIA DO CANDIDATO

PASSO A PASSO DA DOCUMENTAÇÃO

Atualizado: Maio/2025

Prezado(a) candidato(a), este guia contém as instruções necessárias para o envio das documentações obrigatórias.

Todos os documentos deverão ser anexados ao “Formulário para entrega de documentos” disponibilizado no site oficial (<https://www.saude.ce.gov.br/concursados/>) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA, para investidura no cargo, através do link: <https://www.saude.ce.gov.br/formulario-de-envio-de-documentos/>

Além disso, informamos que as declarações oficiais de preenchimento do(a) candidato(a) estão disponibilizadas no link: <https://www.saude.ce.gov.br/documentacoes/>

ITEM 1 - FICHA PARA CADASTRO NO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS (SGP/SIGE-RH)

- O preenchimento desta ficha para o cadastro deverá ser feito de forma digitada em PDF ou você poderá preencher manualmente com letra de **FORMA**. Após o preenchimento, anexar ao formulário.



DADOS PARA CADASTRO NO SIGE-RH

NOME:			
NOME SOCIAL:			
DATA DE NASCIMENTO:	UF:	NATURALIDADE:	ESTADO CIVIL:
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
CPF:	PIS/PASEP:		
RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	UF:	DATA DE EMISSÃO:
Nº TÍTULO DE ELEITOR:	ZONA:	SEÇÃO:	UF: MUNICÍPIO:
ENDEREÇO:	NÚMERO:	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CEP:	
TELEFONE: ()	CELULAR: ()	E-MAIL:	
GRAU DE INSTRUÇÃO:	FORMAÇÃO:		
DADOS BANCÁRIOS: OBRIGATORIAMENTE CONTA-CORRENTE DO BANCO BRADESCO (Não serão aceitos outros bancos, mesmo se vinculados ao Bradesco)			
AGÊNCIA:	CONTA:		

- ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO DO PIS/PASEP

PIS/PASEP:

- ATENÇÃO AO PREENCHIMENTO DOS DADOS BANCÁRIOS

AGÊNCIA: CONTA:

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

- Somente é aceita a conta do Banco BRADESCO S.A (237), CONTA-CORRENTE. **Preencher o campo indicado e anexar comprovante de titularidade da agência e conta corrente no item 1.1.**
- Bancos, mesmo que **VINCULADOS** ao Bradesco **NÃO SERÃO ACEITOS**. (Exemplo: Banco Bradescard S.A, Banco Bradesco BBI S.A, Banco Bradesco Cartões S.A, Banco Bradesco Financiamentos S.A, Next, Digio e Bitz)
- Caso o(a) candidato(a) não possua uma Conta-Corrente no Banco Bradesco S.A, deverá comparecer a uma agência física, à sua escolha, ou solicitar a abertura da conta no aplicativo do próprio banco estando vinculado a uma agência física. A escolha do meio ao qual a conta será aberta (se em agência física ou por aplicativo do Bradesco) é de inteira escolha e responsabilidade do(a) candidato(a) que deve atentar-se para a restrição de contas abertas em bancos digitais.

ITEM 1.1 - COMPROVANTE DE TITULARIDADE DA CONTA-CORRENTE CONSTANDO O NÚMERO DA CONTA E AGÊNCIA DO BANCO BRADESCO.

Exemplos de comprovação de titularidade: Cartão de Débito que contenha agência e conta, Print da Conta no Aplicativo, Extrato Bancário no Internet Banking ou impressa em agência, etc.



- Precisa conter o número da **Agência** e da **Conta**
- Se possível, borrar os números do cartão e caso contenha o CVC, borrar também.



ATENÇÃO! NÃO enviar dados sigilosos, tais como: Saldo da Conta, Movimentações Diárias do Extrato ou Código de Verificação do Cartão - CVC.

ITEM 2 - CÉDULA DE IDENTIDADE

- O documento deverá ser digitalizado frente e verso e enviado em PDF através do formulário. (Exemplo: RG, ou CNH (Carteira Nacional de Habilitação), ou Carteira do Registro do Conselho de Classes.)



ITEM 2.1 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE MUDANÇA DE NOME CASO TENHA OCORRIDO APÓS O ATO DE INSCRIÇÃO DO CONCURSO.

- Caso tenha ocorrido mudança no seu nome após a inscrição do concurso por algum motivo (ex: casamento/divórcio/adoção), enviar o documento comprobatório.

ITEM 3 – CURRÍCULO COMPLETO

- Esse currículo deverá conter as seguintes informações:
 - Nome
 - Endereço
 - Contatos (telefone e e-mail)
 - **Cargo Convocado**
 - Formação Acadêmica
 - Habilidades
 - Cursos realizados (compatíveis com cargo a ser assumido)
 - Experiências profissionais (compatíveis com o cargo a ser assumido)

ITEM 4 – FICHA PARA CADASTRO NO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS DO CÔNJUGE E DEPENDENTE (SGP/SIGE-RH)

- Caso seja casado(a) ou tenha união estável registrado em cartório, deverá preencher a ficha com os dados do(a) cônjuge e anexar ao formulário.
- Caso tenha dependentes/filhos, preencher a mesma ficha com os dados destes dependentes.
- Não sendo esta ficha suficiente para o preenchimento de dependentes, preencher em outra cópia, unir em um único PDF e anexar ao formulário.
- **Quem são os dependentes?** Cônjuge e filhos até 18 anos.



DADOS PARA CADASTRO NO SIGE-RH DE CÔNJUGE E DEPENDENTES

1		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	GRAU DE PARENTESCO:
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	ESTADO CIVIL:	GRAU DE INSTRUÇÃO:
2		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	GRAU DE PARENTESCO:
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	ESTADO CIVIL:	GRAU DE INSTRUÇÃO:
3		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	GRAU DE PARENTESCO:
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	ESTADO CIVIL:	GRAU DE INSTRUÇÃO:

* Não sendo esta ficha suficiente para o preenchimento de dependentes, preencher em outra cópia, unir em PDF e anexar ao formulário.

Assinatura do(a) Declarante

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

ITEM 4.1 - CÉDULA DE IDENTIDADE DO(A) CÔNJUGE, SE HOUVER. (EX: RG, CNH)

- Anexar o RG ou CNH do(a) esposo(a) frente e verso, caso seja casado(a) ou tenha união estável registrado em cartório.

ITEM 4.2 - CERTIDÃO DE CASAMENTO/UNIÃO ESTÁVEL

- Anexar a certidão de casamento ou união estável, registrado em cartório

ITEM 4.3 - CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO(A) FILHO(A), SE HOUVER.

- Anexar a certidão de nascimento do(a) filho(a), caso o tenha.

ITEM 5 - CERTIDÃO DE ALISTAMENTO MILITAR/RESERVISTA/DISPENSA (SEXO MASCULINO)

- Caso **NÃO** tenha o Certificado de Dispensa/Reservista, você pode solicitar um novo através do site <https://alistamento.eb.mil.br/lista-servicos>, e seguir as orientações contidas nele.
- Alguns Modelos:

		Validade INDETERMINADA
MINISTÉRIO DA DEFESA		
Tipo de Documento Certificado de Dispensa de Incorporação		
RA 00.000.000000.0	CPF 000.000.000.00	
Nome NOME DO CIDADÃO		
Filiação NOME DA MÃE DO CIDADÃO NOME DO PAI DO CIDADÃO		
Local e Data de Nascimento CIDADE NATAL - RS 16/06/1997		
Situação Serviço Militar "por ter sido incluído no excesso do contingente"		
Informações Complementares Válido com a apresentação do documento de identidade.		
Expedido(a) em: 00/00/2018		
NOME DO DELEGADO DE SERVIÇO MILITAR Delegado Sv Militar CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO DO EXÉRCITO		

POLÍCIA	
DISPENSADO	
RA 25	
MINISTÉRIO DA DEFESA CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO C S M	
EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE Data de expedição: 11/09/2003	
FIJACÃO PAI MÃE	DATA NASCIMENTO NACIONALIDADE
Dispensado do Serviço Militar fideiussor em 31/07/2003 por ter sido incluído no excesso do contingente	
CHIECHI ou DE JULIO CESAR RODRIGUES CORREIA 2 TEN DELEGADO 71 DEL SW25 CSN1	

ITEM 6 – TÍTULO DE ELEITOR (FRENTE E VERSO)

- Digitalizar frente e verso, salvar em PDF e anexar ao formulário.
- Pode ser enviado o Título de Eleitor Digital (E-título) contendo o nº de inscrição, zona, seção, município e data de emissão.



ITEM 6.1 – CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL EXPEDIDA PELA JUSTIÇA ELEITORAL.

- Disponível em:

<https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/autoatendimento-eleitoral#/certidoes-eleitor>



JUSTIÇA ELEITORAL

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL

CERTIDÃO

Certifico que, de acordo com os assentamentos do Cadastro Eleitoral e com o que dispõe a Res.-TSE nº 21.823/2004, o(a) eleitor(a) abaixo qualificado(a) está QUITO com a Justiça Eleitoral na presente data .

Eleitor(a):

Inscrição: Zona: 082 Seção: 0351

Município: 13897 - FORTALEZA UF: CE

Data de nascimento: Domicílio desde:

Filiação:

Ocupação declarada pelo(a) eleitor(a): OUTROS

Certidão emitida às 14:35 em 11/08/2023

Res.-TSE nº 21.823/2004:

O conceito de quitação eleitoral reúne a plenitude do gozo dos direitos políticos, o regular exercício do voto, salvo quando facultativo, o atendimento a convocações da Justiça Eleitoral para auxiliar os trabalhos relativos ao pleito, a inexistência de multas aplicadas, em caráter definitivo, pela Justiça eleitoral e não remetidas, excetuadas as anistias legais, e a regular prestação de contas de campanha eleitoral, quando se tratar de candidatos.

A plenitude do gozo de direitos políticos decorre da incoerência de perda de nacionalidade; cancelamento de naturalização por sentença transitada em julgado; interdição por incapacidade civil absoluta; condenação criminal transitada em julgado, enquanto durarem seus efeitos; recusa de cumprir obrigação a todos imposta ou prestação alternativa; condenação por improbidade administrativa; conscrição; e opção, em Portugal, pelo estatuto da igualdade.



Esta **certidão de quitação eleitoral** é expedida gratuitamente. Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Tribunal Superior Eleitoral na Internet, no endereço: <http://www.tse.jus.br> ou pelo aplicativo e-Título, por meio do código:

UMTE.KXUM.BN8L.56YN

ITEM 6.2 – CERTIDÃO DE CRIMES ELEITORAIS EXPEDIDA PELA JUSTIÇA ELEITORAL.

- Disponível em:

<https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/autoatendimento-eleitoral#/certidoes-eleitor>



JUSTIÇA ELEITORAL TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL CERTIDÃO

Certifico que, consultando o cadastro eleitoral, verificou-se NÃO CONSTAR registro de condenação criminal eleitoral, transitada em julgado, para o(a) eleitor(a) abaixo qualificado.

Eleitor(a):
Inscrição: Zona: 082 Seção: 0351
Município: 13897 - FORTALEZA UF: CE
Data de nascimento: Domicílio desde:
Filiação: -
-

Certidão emitida às 14:39 em 11/08/2023



Esta **certidão de crimes eleitorais** é expedida gratuitamente. Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Tribunal Superior Eleitoral na Internet, no endereço: <http://www.tse.jus.br> ou pelo aplicativo e-Título, por meio do código:

* O literal Ø no código de validação representa o número 0 (zero).

ITEM 7 - CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ DE PRIMEIRO GRAU (COMARCA DE FORTALEZA)

- Atenção à vigência deste documento, tem validade de 30 dias. Não poderá estar vencido no dia da posse.
- Disponível em: <https://sirece.tjce.jus.br/sirece-web/nova/solicitacao.jsf>
- Ao acessar:
 - Clicar em pessoa física
 - Na tela seguinte: em instância selecionar “primeiro grau”
 - Na tela seguinte: em natureza selecionar “criminal”
 - Na tela seguinte: em tipo de certidão selecionar “certidão judicial”
 - Na tela seguinte: preencher o requerimento e selecionar a comarca de Fortaleza.
 - Emitir certidão:



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE FORTALEZA
CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL

CERTIFICA, a requerimento da parte interessada, que consultando nos Sistemas Informatizados do Serviço de Distribuição desta Comarca, em relação ao Polo Passivo dos processos de Natureza Criminal, distribuídos aos Juízos Criminais, de Crimes Contra a Ordem Tributária, do Juri, de Tráfico de Drogas, da Justiça Militar, de Penas Alternativas, de Execução Penal, dos Delitos de Organizações Criminosas, Juizados Especiais Criminais e Juizado de Violência Contra a Mulher, verificou NADA CONSTAR, em nome de: _____, CPF nº: _____, filho(a) de _____ e _____

CERTIFICA que, tendo em vista a vedação constante na Lei nº. 8.069/90, esta certidão não inclui eventuais atos infracionais atribuídos a crianças e adolescentes.

CERTIFICA, finalmente, que esta certidão só é válida por 30 (trinta) dias, a contar da data de sua emissão.

O referido é verdade e dou fé.

FORTALEZA
Terça-feira, 1 de Agosto de 2023 às 17:33:44

Observações:

- a) os dados informados são de responsabilidade do solicitante e devem ser conferidos pelo interessado e/ou destinatário;
- b) a autenticidade deste documento poderá ser confirmada no endereço eletrônico abaixo;
- c) a presente certidão é isenta de custas, nos termos da legislação vigente; e
- d) esta certidão, expedida nos termos da Resolução nº. 121/2010, do Conselho Nacional de Justiça, NÃO É VÁLIDA PARA INSTRUÇÃO PROCESSUAL, REGISTRO DE PORTE DE ARMA DE FOGO, INSCRIÇÃO DE CANDIDATURA JUNTO AO TRE E NATURALIZAÇÃO;

Para consultar a autenticidade do documento acesse <https://autdoc.tjce.jus.br> e informe o seguinte código:

ITEM 7.1 – CASO TENHA RESIDIDO FORA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, ANEXAR A CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL DO PODER JUDICIÁRIO DOS RESPECTIVOS ESTADOS

- **Atenção:** Você que não reside ou não residia no Estado do Ceará, na cidade de Fortaleza nos últimos 05 anos, deverá enviar a Certidão Judicial Criminal do Poder Judiciário do Estado em que residiu durante esse período.
- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.

ITEM 8 – ATESTADO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS

- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.
- Disponível em: <https://sistemas.sspds.ce.gov.br/AtestadoAntecedentes/>
- Preencher todos os campos e clicar em “pesquisar”
- Caso não consiga emitir no site, é necessário enviar documento de identidade (RG/CNH /CTPS) frente e verso para o e-mail nuicr.cihpb@pefoce.ce.gov.br informando o objetivo da solicitação. *Exemplo: Solicito a emissão do Atestado de Antecedentes Criminais para investidura em concurso público.*
- **Declaração aceita:**



A Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biométricas, após pesquisa no Sistema de Informações Policiais - SIP, que até a presente data, 11/08/2023 às 15:23, que _____, filho(a) de _____, nascido(a) em _____ - CE, RG Nº _____, CPF _____

NÃO REGISTRA ANTECEDENTES CRIMINAIS

Observações:
1) Atestado expedido gratuitamente por meio da Internet em conformidade com a Portaria Nº1556/2009 de 28 de outubro de 2009.
2) Este Atestado foi expedido com base nos dados informados, os quais devem ser confirmados pelo interessado ou destinatário, com os documentos de identificação;
3) A autenticidade deste atestado poderá ser confirmado na página da Secretaria da Segurança Pública do Ceará, no endereço (<http://www.sspds.ce.gov.br>)
4) Este atestado é válido por 90 dias.

Fortaleza - CE, 11/08/2023 15:23

ITEM 8.1 - CASO TENHA RESIDIDO FORA DO ESTADO DO CEARÁ NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, ANEXAR O ATESTADO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS EXPEDIDO PELA SSPDS DOS RESPECTIVOS ESTADOS RESIDIDOS.

- **Atenção:** Você que não reside ou não residia no Estado do Ceará, na cidade de Fortaleza nos últimos 05 anos, deverá enviar a Certidão Judicial Criminal do Poder Judiciário do Estado em que residiu durante esse período.
- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.

ITEM 09 - CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL NEGATIVA DA JUSTIÇA FEDERAL (SEÇÃO JUDICIÁRIA DO CEARÁ - JFCE)

- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.
- Disponível em: <https://certidoes.trf5.jus.br/certidoes2022/paginas/certidaocriminal.faces>
- Preencher todos os campos selecionando o Órgão JFCE - Justiça Federal no Ceará e clicar em “pesquisar”

PORTAL DA JUSTIÇA FEDERAL DO 5º REGIÃO TRF5 TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO

Ceará > Certidão Judicial Criminal >

Certidão Negativa

O tratamento de dados pessoais necessários para emissão das certidões judiciais se destina a identificar os termos circunstanciados, inquéritos ou processos em nome da pessoa que figura no polo passivo da relação processual, conforme exigência do inciso I do art. 23 da Lei n. 13.709/2018 (LGPD)

Certidões emitidas segundo a Resolução N. 680/2020

Emitir Certidões
Validar Certidão
Acompanhar Andamento da Certidão

Certidão Judicial Criminal

O uso indevido das informações obtidas na Certidão poderá acarretar a responsabilização civil, penal ou administrativa.

* Campos obrigatórios

SREG - Regional = Contempla toda a 5ª Região (TRF5 + JFAL + JFCE + JFPB + JFPE + JFRN + JFSE)

* Órgão JFCE - JUSTIÇA FEDERAL NO CEARÁ

* CPF/CNPJ

* Nome Completo

* Data de Nascimento

* Digite o Código acima

Solicitar Certidão Limpar

- Após preencher todos os campos, clicar em “sim” caso não encontre processos

Certidão Negativa

O tratamento de dados pessoais necessários para emissão das certidões judiciais se destina a identificar os termos circunstanciados, inquéritos ou processos em nome da pessoa que figura no polo passivo da relação processual, conforme exigência do inciso I do art. 23 da Lei n. 13.709/2018 (LGPD)

Certidões emitidas segundo a Resolução N. 680/2020

Emitir Certidões
Validar Certidão
Acompanhar Andamento da Certidão

Certidão Judicial Criminal

O uso indevido das informações obtidas na Certidão poderá acarretar a responsabilização civil, penal ou administrativa.

* Campos obrigatórios

SREG - Regional = Contempla toda a 5ª Região (TRF5 + JFAL + JFCE + JFPB + JFPE + JFRN + JFSE)

* Órgão JFCE - JUSTIÇA FEDERAL NO CEARÁ

* CPF/CNPJ

* Nome Completo

* Data de Nascimento

* Digite o Código acima

Solicitar Certidão Limpar

Não encontramos processos para os dados informados. Deseja gerar a certidão?

Sim Não

- Certidão aceita:



CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL NEGATIVA

N. 2023

CERTIFICAMOS, na forma da lei, que, consultando os sistemas processuais abaixo indicados, **NÃO CONSTAM**, até a presente data e hora, PROCESSOS de classes CRIMINAIS contra:

(Data de Nascimento:)

OU
CPF/CNPJ N°

Certidão emitida em: 01/08/2023 às 17:30:44 (data e hora de Brasília)

Observações:

- A autenticidade desta certidão poderá ser verificada, no prazo de 90 (noventa) dias, por qualquer interessado no site da JUSTIÇA FEDERAL NO CEARÁ, endereço www.jfce.jus.br por meio do código de validação abaixo;
- A pesquisa realizada com base no CPF/CNPJ informado abrange processos em que o titular ou seu eventual espólio figure como parte;
- Nos casos do § 1º do art. 4º da Resolução nº 680/2020 (CPF não informado), o nome indicado para consulta será de responsabilidade do solicitante da certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;
- Certidão expedida gratuitamente e nos termos da Resolução CNJ nº 121/2010 e da Resolução CJF nº 680/2020;
- Os processos de Juizados Criminais estão abrangidos por esta Certidão;
- Certidão emitida em consulta às seguintes bases de dados (data e hora de Brasília):
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO CEARÁ (Sistemas de Processos Judiciais Eletrônicos: PJe e SEEU; Sistemas de Processos Judiciais Físicos: Tebas) até: 31/07/2023 às 05:16:21.

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO:

ITEM 9.1 – CASO TENHA RESIDIDO FORA DO ESTADO DO CEARÁ NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, ANEXAR O ATESTADO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS EXPEDIDO PELA SSPDS DOS RESPECTIVOS ESTADOS RESIDIDOS.

- **Atenção:** Você que não reside ou não residia no Estado do Ceará, na cidade de Fortaleza nos últimos 05 anos, deverá enviar a Certidão Judicial Criminal do Poder Judiciário do Estado em que residiu durante esse período.
- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.

ITEM 10 – CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS EXPEDIDO PELA POLÍCIA FEDERAL.

- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da posse.
- Disponível em: <https://servicos.pf.gov.br/epol-sinic-publico/>
- Preencher todos os campos e clicar em “Emitir CAC”

gov.br Ministério da Justiça e Segurança Pública

Orgão do governo | Acesso à informação | Legislação | Acessibilidade

Polícia Federal
ePol SINIC

Emitir Certidão de Antecedentes Criminais Voltar Emitir CAC

Preencha o máximo de informações possível antes de acionar a opção "Emitir CAC".

Dados Gerais

Documentos

Limpar

Dados gerais

CPF	Nome *	Nacionalidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento *	País de nascimento	UF de nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Município de nascimento	Nome do pai	Nome da mãe *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome da mãe * Não Sim

- Certidão aceita



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Federal
ePol - SINIC
Sistema Nacional de Informações Criminais
Certidão de Antecedentes Criminais



A Polícia Federal **CERTIFICA**, após pesquisa no Sistema Nacional de Informações Criminais - SINIC, que, até a presente data, **NÃO CONSTA** condenação com trânsito em julgado em nome de [REDACTED] país de nacionalidade Brasil, filho(a) de [REDACTED] e [REDACTED] nascido(a) aos [REDACTED] natural de Caucaia-CE, CI [REDACTED] SSP CE, CPF [REDACTED]

Esta certidão foi expedida em [REDACTED] às **08:28** (horário de Brasília/DF GMT-3) com base nos dados informados e somente será válida com a apresentação de documento de identificação para confirmação dos dados.

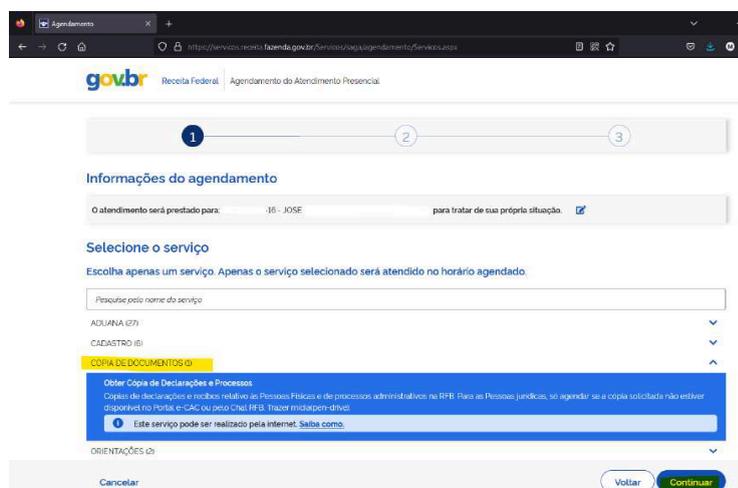
A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada por meio da leitura do QR Code ou acessando a página da Polícia Federal, no endereço "<https://servicos.pf.gov.br/epol-sinic-publico/validar-cac/>", e digitando o número da certidão [REDACTED]

ITEM 11 - CERTIDÃO NARRATIVA DE INEXISTÊNCIA DE CNPJ VINCULADO A CPF DA DELEGACIA DA RECEITA FEDERAL OU CERTIDÃO DE VÍNCULO DE PARTICIPAÇÃO EM PESSOA JURÍDICA EMITIDO POR MEIO DO GOV.BR/REDESIM.

- Link de Agendamento:
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/saga/agendamento/>
OBS: O documento deverá estar devidamente assinado de forma manual ou digital;
- Para agendar:
 - Informar CPF, telefone para contato, marcar a opção “meu CPF”, informar data de nascimento, responder as verificações de segurança e clicar em agendar



- Na tela seguinte: marcar opção “cópia de documentos/obter cópia de declarações e processos” e continuar.



- Na tela seguinte: selecionar a unidade de atendimento

gov.br Receita Federal Agendamento do Atendimento Presencial

1 2 3

Informações do agendamento

O atendimento será prestado para: -15 - JOSE para tratar de sua própria situação. [✎](#)

Serviço: Obter Cópia de Declarações e Processos [✎](#)

Selecione a unidade onde deseja ser atendido

Estado
Ceará

Lista de Unidades mais próximas à sua unidade de jurisdição

Fortaleza

Caucaia

Demais unidades

Camocim

Cratueis

Cancelar Voltar Continuar

- Na tela seguinte: selecionar data e horário para atendimento e confirmar

1 2 3

Informações do agendamento

O atendimento será prestado para: [redacted] -15 - JOSE [redacted] para tratar de sua própria situação. [✎](#)

Serviço: Obter Cópia de Declarações e Processos [✎](#)

Unidade de Atendimento: Fortaleza [✎](#)

Datas disponíveis (em destaque)

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
	25	26	27	28	29	30
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4
5						

Confirmação do Agendamento

Data: 28/07/2023 às 12:15

Serviço: Obter Cópia de Declarações e Processos

Unidade: Fortaleza

Confirma agendamento?

Não Sim

09:00 09:15 09:45 10:15
11:45 12:00 12:15 12:30

- Após agendamento comparecer, no dia, hora e local agendado para solicitar a declaração.

- Certidão aceita (Atenção a assinatura e carimbo no documento)



Ministério da
Fazenda



CERTIDÃO NARRATIVA DE INEXISTÊNCIA DE CNPJ VINCULADO À CPF

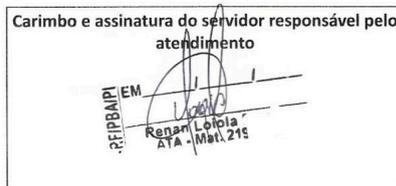
A presente Certidão Narrativa compreende somente pesquisa com o NI-CPF que menciona.

Certifico, para fins de comprovação perante terceiros, que não existe inscrição ativa no Cadastro CNPJ cujo responsável ou sócio seja o interessado, CPF nº

Esta Certidão está de acordo com pesquisa realizada nesta data na base dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica. Acompanha tela do sistema da RFB que atesta a inexistência de CNPJ ou o período em que o interessado foi responsável/sócio no referido Cadastro.

Do que para constar eu, abaixo assinado, lavrei a presente certidão.

Annaíza (PI), 29 de maio de 2023



- Documento complementar a certidão

Obs: Este documento poderá ser aceito em substituição a certidão narrativa, se devidamente carimbado e assinado pelo servidor da Receita Federal.

Pesquisa/CNPJ Ajuda Pessoa Física Pessoa Jurídica Cobrança Pagamento Consultas Gerais

Consultar CPF - 9 - D

:: Página Inicial :: Consultar CPF/Resultado

Não constam informações de CNPJ para o contribuinte.

CPF	Histórico	CNPJ Vinculado	DIRF	DOI	DIRPF	Cadeia NI	Omissos	Entrada/Saída do País	Informações Complementares
-----	-----------	----------------	------	-----	-------	-----------	---------	-----------------------	----------------------------

Nova Consulta

voltar

ME/SRFB/SRRF03/DRF/FORT/CAC-CE

30 MAI 2023

ATA - Mat.: 2 *Melo*

ATENÇÃO! Caso não consiga agendamento na receita até a data prevista para o encerramento do envio dos documentos devido à alta demanda e delongamento das datas de agendamento na Receita Federal para a emissão da **CERTIDÃO NARRATIVA DE INEXISTÊNCIA DE CNPJ VINCULADO A CPF** (ART. 193, INCISO VII E XV, LEI 9.826 DE 14/05/1974), informamos que **será aceita** a certidão emitida por meio do GOV.BR / REDESIM no seguinte link: <https://consultacnpj.redesim.gov.br/minhas-empresas>.

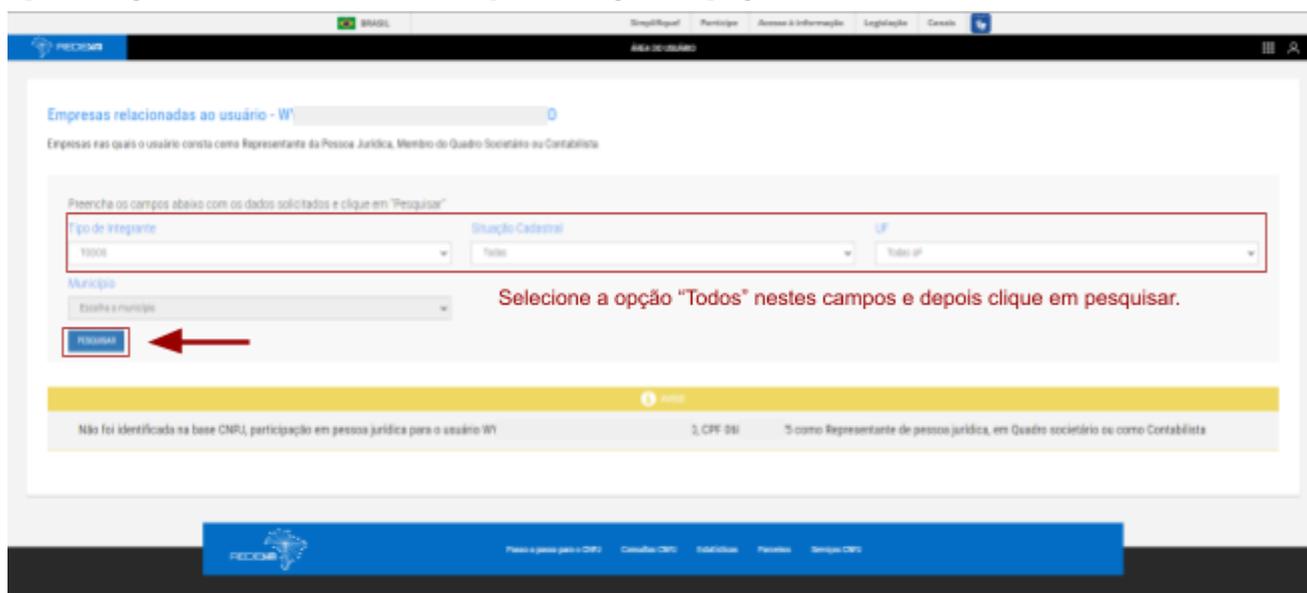
COMO ACESSAR:

Ao clicar no link <https://consultacnpj.redesim.gov.br/minhas-empresas>, você será encaminhado para o site do GOV.BR conforme imagem abaixo:



Digite seu CPF, logo em seguida será solicitado a senha cadastrada e realize o seu login.

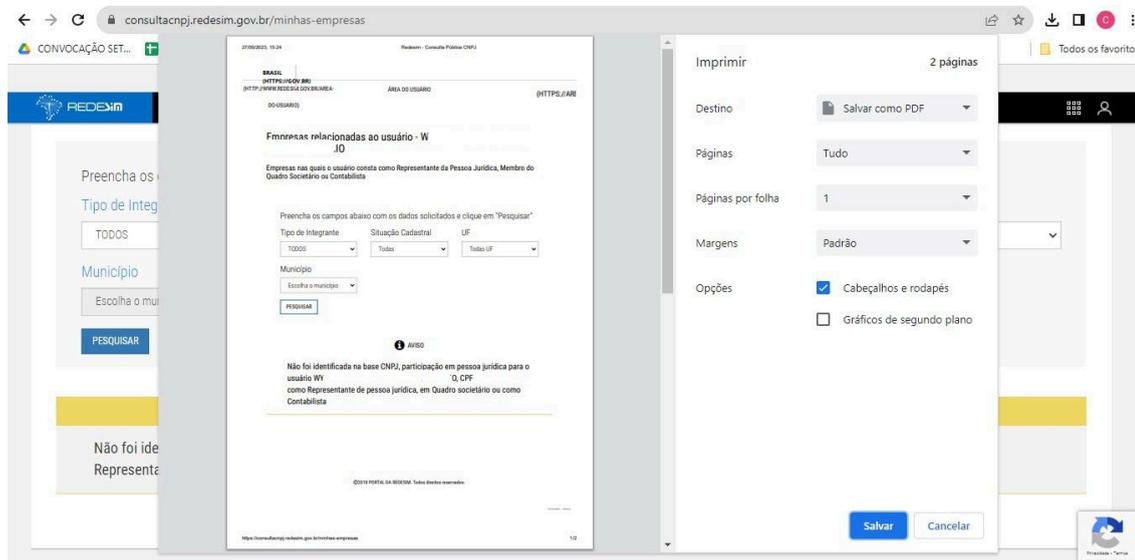
Após o login, você será direcionado para a seguinte página:



Modifique os campos conforme sinalizado na imagem e clique em Pesquisar:

(Exemplo: Tipo de Integrante: TODOS / Situação Cadastral: Todas / UF: Todas UF)

Após clicar em pesquisar, aperte Ctrl+P no seu teclado para salvar a imagem em PDF.



Clique em salvar.

Caso você possua algum CPNJ vinculado ao seu CPF, deverá gerar o PDF e enviar o seguinte modelo:

Redesim - Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios

Consulta Minhas Empresas

Nome	CNPJ	Tipo de Integrante	Qualificação	Situação Cadastral	Município/UF	Tipo do Estab.
LTDA	4(56 REPRESENTANTE DA PESSOA JURÍDICA	Sócio-Administrador	Ativa	FORTALEZA/CE	Matriz
LTDA	4(-56 MEMBRO DO QUADRO SOCIETÁRIO	Sócio-Administrador	Ativa	FORTALEZA/CE	Matriz

Página: 1 / 1

Salve em PDF e anexe ao formulário no campo indicado.

ITEM 12 – CERTIDÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO EXPEDIDA PELA SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E GESTÃO – SEPLAG.

- Disponível em:
<https://webapps.seplag.ce.gov.br/cac/pages/formulario/aceitarTermos.seam>
- Como acessar:
 - Aceitar os termos e avançar

CERTIDÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO

TODAS AS INFORMAÇÕES NELA CONTIDAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO REQUERENTE ESTANDO SUJEITO AS SANÇÕES PREVISTAS NO ART.229º DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

FALSIDADE IDEOLÓGICA - Art. 229 do Código Penal - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena - Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos e multa se o documento é público, e se a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena - Reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa se o documento é particular. Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime preteritamente do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de documento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Aceito os termos acima citados.

Avançar

- Na tela seguinte: preencher os campos e marca a opção “assumir cargo/emprego/função no âmbito do Poder Executivo do Estado do Ceará”

arioidentificacao.seam?cid=19224

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO

* Campos Obrigatórios

CPF: *
16 Pesquisar

Nome Completo: *
JOÃO PEDRO

RG: * 000000000 Data de Nascimento: * 11/04/1990

Mãe: * MARIA MARIA Pai: JOÃO JOÃO

CEP: * 00000-000 Endereço: * XXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro: * XXXXXXXXXXXXXXXX Telefone: * (00)0000-0000

Email: * .ro@gmail.com

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

Assumir Cargo\Emprego\Função no âmbito do Poder Executivo do Estado Ceará

Assumir Cargo\Emprego\Função em outros Poderes ou Esferas Federal, Estadual, Distrital e/ou Municipal.

Avançar Limpar

- Na tela seguinte: o candidato deverá preencher o cargo que ocupará.

seplag.ce.gov.br/cac/pages/formulario/cargos.seam?cod=18680

CARGOS / FUNÇÕES / EMPREGOS QUE DETENHO NO SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL, FEDERAL, MUNICIPAL, INCLUSIVE PROVENTOS DE APOSENTADORIA, RESERVA REMUNERADA E REFORMA.

Dados Pessoais

Nome Completo: *
JOÃO PEDRO

RG: * 00000000000 Data de Nascimento: * 11/11/1990

Mãe: * MARIA MARIA Pai: * JOÃO JOÃO

CEP: * 00000-000 Endereço: * XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bairro: * XXXXXXXXXXXX Telefone: * (00)0000-0000

Email: * f@gmail.com

Matrícula: Cargo / Função / Emprego: Carga Horária Semanal:

Órgão / Entidade: Poder: Efeço:

Adicionar Cargo

CARGOS/FUNÇÕES/EMPREGOS QUE OCUPAREI

* Campos Obrigatórios

CARGO EFETIVO / COMISSIONADO CONTRATO TEMPORARIO

Cargo / Função / Emprego: * Carga Horária Semanal: * Órgão/Entidade: *

TÉCNICO DE ENFERMAGEM 30 SESA/CE

Emitir Certidão Limpar Voltar

- Certidão aceita

Exemplo de declaração de candidato que não acumula cargo

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Planejamento e Gestão - SEPLAG
Coordenadoria de Gestão de Pessoas - COGEP
Célula de Provisão de Cargos Efetivos - CPROY

CERTIDÃO

Face ao pedido de Exame de Situação Funcional, para assumir o cargo de **ASSESSOR (40h semanais)**, no(a) **SESA**, certificamos que o(a) candidato(a), CPF **XXXXXXXXXXXX**, não detém no Poder Executivo Estadual nenhum cargo, função ou emprego, ressalvada a hipótese desta Secretaria vir a conhecer outra situação remunerada do(a) mesmo(a), o que, presentemente, não ocorre.

*Certidão para assumir Cargo/Emprego/Função no âmbito do Poder Executivo do Estado Ceará

Fortaleza, 2 de agosto de 2023

Para validar a Certidão Acesse o Site da Seplag (www.seplag.ce.gov.br) e selecione Certidão de Acumulação de Cargos
Código de validação: 4 1 f3e07193c8a1f d e5a

EMITIDA VIA INTERNET EM 02/08/2023 ÀS 08:54:47
VÁLIDA ATÉ: 30/10/2023

Centro Administrativo Governador Virgílio Távora, Av. Gen. Alonso Albuquerque Lima, s/n - Ed. SEPLAG - 3º andar
Cambéa - CEP: 60.830-120 - Fortaleza-CE - fones: (85) 3101-4517/19 - fax: (85) 3101-4518
www.seplag.ce.gov.br

Exemplo de declaração de candidato que acumula cargo

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 Secretaria de Planejamento e Gestão - SEPLAG
 Coordenadoria de Gestão de Pessoas - COGEP
 Célula de Provisão de Cargos Efetivos - CPROV

CERTIDÃO

Faço ao pedido de Exame de Situação Funcional, para assumir o cargo de **TÉCNICO DE ENFERMAGEM (30h semanais)**, no(a) **SESA**, certificamos que CPF _____ não detém no Poder Executivo Estadual nenhum cargo, função ou emprego, ressalvada a hipótese desta Secretaria vir a conhecer outra situação remunerada do(a) mesmo(a), o que, presentemente, não ocorre.

Conforme informação constante na Solicitação de Certidão de Acumulação de Cargos o(a) requerente _____ detém no Serviço Público, um cargo de **TÉCNICO DE ENFERMAGEM (30h semanais)**, matrícula nº _____ no(a) **SESAP**.

*Certidão para assumir Cargo/Emprego/Função no âmbito do Poder Executivo do Estado Ceará

Fortaleza, 26 de maio de 2023

Para validar a Certidão Acesse o Site da Seplog (www.seplag.ce.gov.br) selecione Certidão de Acumulação de Cargos
 Código de validação: 6413db5f25a938c0be805895d0b34f16

EMITIDA VIA INTERNET EM 26/05/2023 ÀS 09:08:53
 VALIDA ATÉ: 23/05/2023

Centro Administrativo Governador Virgílio Távora, Av. Gen. Afonso Albuquerque Lima, s/n - Ed. SEPLAG - 3º andar
 Cambéba - CEP: 60.830-120 - Fortaleza-CE - fones: (85) 3101-4517/19 - fax: (85) 3101-4518
www.seplag.ce.gov.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 Secretaria de Planejamento e Gestão - SEPLAG
 Coordenadoria de Gestão de Pessoas - COGEP
 Célula de Provisão de Cargos Efetivos - CPROV

FALSIDADE IDEOLÓGICA - Art. 299 do Código Penal - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena - Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos e multa se o documento é público, e a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena - Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos e multa se a declaração é pública, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa se o documento é particular. Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME COMPLETO: _____

RG: _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

NOME DA MÃE: _____ NOME DO PAI: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

CARGOS/ FUNÇÕES/ EMPREGOS QUE DETENHO NO SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL, FEDERAL, MUNICIPAL, INCLUSIVE PROVENTOS DE APOSENTADORIA, RESERVA REMUNERADA E REFORMA.

MATRÍCULA	CARGO/ FUNÇÃO/ EMPREGO	CARGA HORÁRIA	ÓRGÃO/ ENTIDADE
CARGO QUE IREI ASSUMIR			
CARGO/ FUNÇÃO/ EMPREGO	CARGA HORÁRIA	ÓRGÃO/ ENTIDADE	TEMPORÁRIO
ASSESSOR	40h semanais	SESA	Não

Fortaleza, 2 de agosto de 2023

 ASSINATURA DO REQUERENTE

Centro Administrativo Governador Virgílio Távora, Av. Gen. Afonso Albuquerque Lima, s/n - Ed. SEPLAG - 3º andar
 Cambéba - CEP: 60.830-120 - Fortaleza-CE - fones: (85) 3101-4517/19 - fax: (85) 3101-4518
www.seplag.ce.gov.br

ITEM 13 - DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES QUE CONSTITUEM O SEU PATRIMÔNIO, CONFORME REGULAMENTA O DECRETO Nº 11.471, DE 29 DE SETEMBRO DE 1975 (DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA COMPLETA - PESSOA FÍSICA, DO ANO CALENDÁRIO VIGENTE)

- Link para emitir a declaração:
<https://www.gov.br/pt-br/servicos/consultar-meu-imposto-de-renda>
- Siga o passo a passo:



gouv
Meu Imposto de Renda
Receta Federal

Declarções do IRPF

IRPF 2023	Processada
IRPF 2022	Não entregue
IRPF 2021	Não entregue
IRPF 2020	Não entregue
IRPF 2019	Não entregue
IRPF 2018	Não entregue

Exercícios Anteriores

Serviços do IRPF

- Autorização de Acesso
- Documentos e Arquivos (Cópia da Declaração)
- Fazer Declaração
- Pendências de Melha
- Consultar Débitos, Emitir DARF e Alterar Quotas
- Acessar Carnê-Leão

Ver todos

Clique neste campo

gouv
Meu Imposto de Renda
Receta Federal

Exercício 2023

Declarções: Entregue - 14/04/2023 às 11:55:53 (S/D)

IRPF 2023 Processada

Ajuste Anual - Original, com regime de Desconto Simplificado
Data de declaração e o processamento encerrado.

Imposto a Restituir **R\$ 213,92**

Serviços Disponíveis **Em seguida, clique neste campo**

- Documentos e Arquivos (Cópia da Declaração)
- Retificar Declaração
- Consultar e Alterar Conta para Crédito de Restituição
- Estado do Processamento
- Consulta Restituição

Histórico de Eventos

- 31/08/2023 00:00:00 - Restituição depositada em conta corrente pelo banco
- 24/06/2023 30:00:00 - Restituição enviado para pagamento no banco
- 14/04/2023 22:52:25 - Aguardando momento para o pagamento de restituição
- 14/04/2023 11:55:53 - Recisão de declaração

gouv
Meu Imposto de Renda
Receta Federal

Documentos

Exercício 2023

Documento	Emissão	Número	Ação
Arquivos da Declaração	14/04/2023	-----	
Cópia do Recibo da Declaração	14/04/2023	-----	
Cópia da Declaração	14/04/2023	-----	

Clique neste ícone para gerar o PDF da Declaração. O download será feito automaticamente.

Esse é o modelo CORRETO da declaração a ser anexada ao formulário.

NOME: [REDACTED]		IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA			
CPF: [REDACTED]		EXERCÍCIO 2024			
DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL		ANO-CALENDRÁRIO 2023			
IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE					
Nome:	[REDACTED]	CPF:	[REDACTED]		
Data de Nascimento:	29/04/1974	Título Eleitoral:	[REDACTED]		
Posui cônjuge ou companheiro(a)?	Sim				
É residente no exterior e passou a ser residente no Brasil em 2023?	Não				
Houve alteração de dados cadastrais?	Não				
Um dos declarantes é pessoa com doença grave ou portadora de deficiência física ou mental?	Não				
Endereço:	RUA [REDACTED]	Número:	[REDACTED]		
Complemento:	CA [REDACTED]	Bairro/Distrito:	[REDACTED]		
Município:	CAUCAIA	UF:	CE		
CEP:	[REDACTED]	DDD/Telefone:	[REDACTED]		
E-mail:	[REDACTED]	DDD/Celular:	[REDACTED]		
Natureza da Ocupação:	41 - Membro ou servidor público da administração direta municipal				
Ocupação Principal:	227 - Entesouro de nível superior, nutricionista, farmacêutico e afins				
Tipo de declaração:	Declaração de Ajuste Anual Original				
Nº do escrito de última declaração entregue do exercício de 2023:	[REDACTED]				
DEPENDENTES					
CÓDIGO	NOME	DATA DE NASCIMENTO	CPF		
21	[REDACTED]	29/04/2004	[REDACTED]		
E-mail:		Celular:	[REDACTED]		
Dependente mora com o titular da declaração? Sim					
21	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
E-mail:		Celular:	[REDACTED]		
Dependente mora com o titular da declaração? Sim					
21	[REDACTED]	29/04/2004	[REDACTED]		
E-mail:		Celular:	[REDACTED]		
Dependente mora com o titular da declaração? Sim					
TOTAL DE DEDUÇÃO COM DEPENDENTES			6.825,24		
ALIMENTANDOS					
Sem informações					
RENDIMENTOS YRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA JURÍDICA PELO TITULAR (Valores em Reais)					
NOME DA FONTE PAGADORA	RENV. RECEBIDOS DE PESS. JURÍDICA	CONTR. P. PREVID. OFICIAL	IMPOSTO RETIDO NA FONTE	13º SALÁRIO	IRRF SOBRE 13º SALÁRIO
INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR	74.109,96	8.109,25	5.907,98	4.415,42	454,17
CNPJ/CPF: 05.368.526/0001-70					
TOTAL	74.109,96	8.109,25	5.907,98	4.415,42	454,17
Controle: [REDACTED]	Página 1 de 9	Data/Hora da Entrega: [REDACTED]			

ITEM 13.1 – DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES QUE CONSTITUEM O SEU PATRIMÔNIO, CASO ESTEJA DISPENSADO DE APRESENTAR A DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA À RECEITA FEDERAL.

- Caso o(a) candidato(a) não declare imposto de renda, esta declaração deverá ser preenchida de forma legível e assinalada a opção “não possui bens e valores”.



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, _____,
CPF _____, RG/CNH nº _____,
Órgão expedidor: _____, UF: _____, endereço _____,
_____, CEP _____,
cidade _____, telefone (____) _____,
ciente dos termos da Lei Federal nº 2429, de 2 de junho de 1992, e da Constituição do Estado do Ceará, declaro que estou dispensado de apresentar a Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física à Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil, bem como que:

- não possuo bens e valores;
- apresento a Declaração de Bens e Valores que compõem o meu patrimônio, conforme segue:

ITENS	DISCRIMINAÇÃO	VALOR

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Declarante.

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Av. Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

ITEM 14 - DECLARAÇÃO SESA DE QUE NÃO PARTICIPA DE DIRETORIA, GERÊNCIA, ADMINISTRAÇÃO, CONSELHO TÉCNICO OU ADMINISTRATIVO DE EMPRESAS OU SOCIEDADES MERCANTIS; SER COMERCIANTE, CONFORME PRECEITUA O ART. 193, INCISOS VII E XV, DA LEI 9.826 DE 14/05/1974.



DECLARAÇÃO SESA

Eu, _____
portador(a) do RG nº _____, CPF de
nº _____ convocado(a)/nomeado(a) por Edital/Ato datado
de _____, DOE de _____, para assumir o cargo de

na SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, **DECLARO**, sob as penas
da Lei, não participar de Diretoria, Gerência, Administração, Conselho Técnico ou
Administrativo de Empresas ou Sociedades Mercantins; Ser comerciante, conforme
preceitua o Art. 193, incisos VII e XV, da lei 9.826 de 14/05/1974 (Estatuto dos
Funcionários Públicos Civis do Estado do Ceará), desde a época da minha convocação
para investidura no serviço público estadual.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Declarante

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 31015123

Identificação das datas para preenchimento da Declaração SESA.

A data deve ser preenchida de acordo com a publicação de sua nomeação em Diário Oficial - DOE, conforme exemplo abaixo:

128 | DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO | SÉRIE 3 | ANO XV Nº102 | FORTALEZA | 31 DE MAIO DE 2023 | → DOE

O GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista a realização do Concurso Público destinado ao provimento de vagas na área administrativa, regulamentado pelo Edital nº 02 de abertura, de 24 de junho de 2021, publicado no Diário Oficial do Estado de 24 de junho de 2021 e suas retificações, homologado por meio do Edital nº 14/2022, de 03 de março de 2022, publicado no Diário Oficial do Estado de 14 de março de 2022, considerando a ordem de classificação divulgada através do Edital nº 11/2022, de 18 de fevereiro de 2022, publicado em Diário Oficial do Estado de 02 de março de 2022, **RESOLVE NOMEAR os CANDIDATOS** relacionados no Anexo Único, deste Ato, de acordo com o inciso II do Art. 17 da Lei nº 9.826, de 14 de maio de 1974, publicada no Diário Oficial do Estado de 24 de maio de 1974, para exercerem, em caráter efetivo, os cargos pertencentes ao Grupo Ocupacional Atividades Técnico-Administrativas da Saúde - ADS, criados pela Lei nº 18.338, de 04 de abril de 2023, publicado no Diário Oficial do Estado de mesma data, correlacionados através do Decreto nº 35.408, de 02 de maio de 2023, publicado no Diário Oficial do Estado de mesma data, com lotação na Secretaria da Saúde do Estado - SESA. A posse dos candidatos ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de publicação deste ato. PALÁCIO DA ABOLIÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, 31 de maio de 2023.

Elmano de Freitas da Costa
GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ → convocado(a)/nomeado(a) por Edital/Ato datado

ITEM 15 – DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS E EMPREGOS PÚBLICOS.

O(a) candidato(a) deverá preencher a presente declaração de forma legível seguindo as seguintes instruções:

- Caso o(a) candidato(a) **não possua** vínculo público com a Administração Direta e Indireta, Órgãos Públicos, Empresas Públicas e Fundações Públicas marcar a opção “NÃO POSSUO”.
- Caso o(a) candidato(a) **possua** vínculo público, marque a opção “POSSUO” e preencha os campos seguintes.

OBS.1: Deve ser preenchido uma declaração para cada cargo público que o candidato possuir.

OBS.2: Mesmo que o(a) candidato(a) esteja de licença para tratar de assuntos particulares, afastado para aposentadoria, aposentado ou outro tipo de licença, deve marcar a opção “POSSUO” e declarar o cargo que esteja de licença. Caso o candidato possua Vacância em algum cargo, deverá declarar e inserir o Ato de Vacância.



DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS E EMPREGOS PÚBLICOS

Eu, _____,
(nacionalidade) _____, (estado civil) _____,
portador(a) do RG nº _____, e inscrito no CPF sob o nº _____,
residente e domiciliado(a) à _____

declaro, sob as penas da lei, junto a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) que:

NÃO POSSUO nenhum outro vínculo no Serviço Público, quer seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal, quer seja na Administração Direta ou Indireta, cuja acumulação seja vedada com o cargo o qual estou ocupando, conforme estabelece o caput do inciso XVI, do Artigo 37, da Constituição Federal.

POSSUO outro vínculo no Serviço Público, conforme especificado abaixo:

Esfera: Federal; Estadual; Municipal;
Tipo de vínculo: Efetivo; Comissionado; Temporário;
Outro: _____;
Situação Funcional: Ativo; Inativo; Outro: _____;
Situação Atual: Em exercício; Licença com ou sem remuneração;
 Licença Maternidade; Aposentado; Outro: _____;
Órgão: _____;
Lotação: _____;
Cargo: _____.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante.

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Av. Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

ATENÇÃO! O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), Instituto Centro de Ensino Tecnológico (CENTEC), Cooperativa de Trabalho dos Profissionais de Saúde do Estado do Ceará (COOSAÚDE), Terceirização de empresas privadas em órgãos públicos, **não são considerados vínculos públicos.**

ITEM 15.1 CASO TENHA VÍNCULO PÚBLICO, ANEXAR DECLARAÇÃO EXPEDIDA PELO ÓRGÃO CONSTANDO O TIPO DE VÍNCULO.

ITEM 16 – DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS

- O(a) candidato(a) deverá preencher a presente declaração de forma legível conforme as informações prestadas no item 16.



DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome Completo:	CPF:
E-mail:	Telefone:

Em conformidade com o inciso XVI do artigo 37 da Constituição Federal e Emenda Constitucional nº 34, de 14 de dezembro de 2001, declaro, para fins de investidura no cargo/emprego público de _____, com jornada de trabalho de _____ horas semanais na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA, que:

NÃO POSSUO nenhum outro vínculo no Serviço Público, quer seja na esfera Federal, Estadual ou Municipal, quer seja na Administração Direta ou Indireta, cuja acumulação seja vedada com o cargo o qual estou ocupando, conforme estabelece o caput do inciso XVI, do Artigo 37, da Constituição Federal.

EXERÇO o cargo/emprego/função de _____, pertencente do Órgão _____, no Município/Estado _____, sob a matrícula nº _____, com jornada de trabalho de _____ horas semanais.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

ITEM 16.1 – EM CASO DE OCUPAÇÃO DE CARGO OU EMPREGO PÚBLICO, APRESENTAR ESCALA DE TRABALHO DEVIDAMENTE ASSINADA E CARIMBADA PELO GESTOR/DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS.

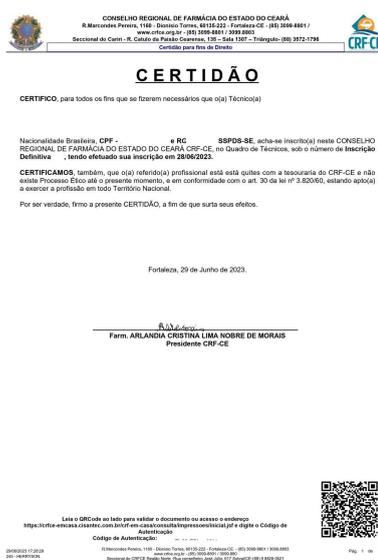
DIPLOMAS E CERTIFICAÇÕES

Área Assistencial e Administrativa

ITEM 17 - CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL COMPETENTE DA CATEGORIA (ESTADUAL/REGIONAL) E CERTIDÃO DE REGULARIDADE PARA EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO ESTADO DO CEARÁ

- É necessário que o candidato envie a **Carteira de Registro do Conselho** e a **Certidão de Regularidade**.
- A Certidão de Regularidade deverá estar devidamente assinada/carimbada de forma manual ou assinada digitalmente.
- Atenção para a validade deste documento, o mesmo não poderá estar vencido na data da posse.

Alguns exemplo aceitos:



ATENÇÃO! No caso de transferência de regionalização do conselho, o(a) candidato(a) deverá encaminhar o protocolo de solicitação e declaração de transferência, onde observa que o mesmo poderá assumir o cargo enquanto aguarda a emissão da carteira constando a validade deste documento.

O(a) candidato(a) deverá apresentar a carteira oficial do conselho do Estado do Ceará, preferencialmente, até a data da sua posse.

ITEM 18 – EXCLUSIVO PARA CARGOS DE ENSINO MÉDIO

- Digitalizar frente e verso do certificado de conclusão do ensino médio e enviar em PDF;
- O Certificado/Diploma Deverá Estar Devidamente Assinado E Carimbado.

Alguns Modelos:

The image shows two models of educational certificates. The left model is from 'ESCOLA ESTADUAL "JOSE SOARES DINIZ E SILVA"' and includes a 'HISTÓRICO ESCOLAR - ENSINO MÉDIO' table with columns for 'MATERIA', 'PROVA', 'NOTA', and 'SITUAÇÃO'. The right model is from the 'SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE' and includes a 'HISTÓRICO ESCOLAR - ENSINO MÉDIO em FUNDAMENTAL - EJA' table with columns for 'ÁREA DE CONHECIMENTO', 'EXAME', 'ANO', 'AVALIAÇÃO', and 'REQUISITOS'.

ITEM 19 – EXCLUSIVO PARA CARGOS DE ENSINO TÉCNICO

- Digitalizar frente e verso do certificado de conclusão do Ensino Médio e Ensino Técnico e enviar em PDF;
- O Certificado/Diploma Deverá Estar Devidamente Assinado E Carimbado.

Alguns Modelos

The image shows two models of diplomas. The left model is from 'GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ' and is a 'DIPLOMA' for 'ESEP PROFESSOR ONÉLIO PORTO'. The right model is from 'GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ' and is a 'DIPLOMA' for 'CURSO TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO EM ENFERMAGEM'. It includes a table for '3.3. Carga Horária do Currículo' with columns for 'Especificação', 'Carga Horária', and 'Total Geral'.

DIPLOMAS E CERTIFICAÇÕES

Área Médica

ITEM 18 – REGISTRO DE ESPECIALISTA OU DA ESPECIALIDADE (RQE) OU RESIDÊNCIA MÉDICA DA ÁREA DE ACORDO COM A ESPECIALIDADE EXIGIDA NO CONCURSO, EM CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.

O(a) candidato(a) deverá enviar a Certidão Emitida pelo Conselho Regional de Medicina, com a identificação de registro da especialidade que irá assumir o cargo constando o nº do RQE.

Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/servicos-para-medicos/certidao>



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ

CERTIDÃO

Certifico, para os devidos fins, que a **Dra.** encontra-se inscrito no CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ, sob o número [REDACTED], desde 03/06/2009, estando quite com o exercício de 2023 e habilitado legalmente para o exercício da medicina, tendo registrada(s) a(s) seguinte(s) especialidade(s): **CIRURGIA VASCULAR - RQE N° [REDACTED] 7, CIRURGIA GERAL - RQE N° [REDACTED]**.

Fortaleza, 04 de janeiro de 2024

Certidão emitida no dia 04 de janeiro de 2024. Válida até o dia 30 de abril de 2024.

Esta certidão é expedida gratuitamente. Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do Portal Médico, na Internet, no endereço: <http://www.portalmédico.org.br>, por meio do código [REDACTED].

ITEM 19 - DIPLOMA DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, FRENTE E VERSO DEVIDAMENTE ASSINADO E CARIMBADO

- Digitalizar frente e verso do certificado de conclusão da Graduação em Medicina e enviar em PDF, o Certificado/Diploma Deverá Estar Devidamente Assinado e Carimbado.



ITEM 20 - TÍTULO DE ESPECIALISTA CONCEDIDO PELA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA OU SOCIEDADE MÉDICA DA ESPECIALIDADE; OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA CREDENCIADO PELA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO (CNRM).

- Digitalizar frente e verso do certificado de conclusão de Especialização e enviar em PDF, o Certificado/Diploma Deverá Estar Devidamente Assinado e Carimbado.



ITEM 22 – ÁREA ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA

ITEM 21 – ÁREA MÉDICA

TERMO DE CIÊNCIA SOBRE OS REGIMES DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E COMPLEMENTAR VIGENTES NO ESTADO DO CEARÁ.

Este termo deverá ser preenchido com o nome completo, CPF, datado e assinado nos campos indicados

TERMO DE CIÊNCIA SOBRE OS REGIMES DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E COMPLEMENTAR VIGENTES NO ESTADO DO CEARÁ	
Nome:	CPF:
<p>Eu, acima epigrafado, DECLARO, para os devidos fins, que estou CIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">i) da existência do Sistema Único de Previdência Social do Estado do Ceará (SUPSEC), gerido pela Fundação de Previdência Social do Estado do Ceará (CEARAPREV), com benefícios determinados na legislação que rege esse Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), notadamente o art. 40 da Constituição Federal e a Lei Complementar estadual nº 123, de 16/09/2013, e suas alterações;ii) da vinculação obrigatória ao RPPS/SUPSEC, gerido pela CEARAPREV, enquanto segurado desse regime previdenciário, para fins de obtenção de futuros benefícios previdenciários, na forma da lei;iii) da existência e oferta do Regime de Previdência Complementar (RPC), gerido pela Fundação de Previdência Complementar do Estado do Ceará (CE-Prevcom), observada a legislação de previdência complementar que rege referido regime, notadamente o art. 40, §§ 14 a 16, e art. 202 da Constituição Federal, a Lei Complementar estadual nº 123, de 16/09/2013, e a Lei Complementar estadual nº 185, de 21/11/2018, e suas alterações;iv) da existência do Plano de Previdência Complementar dos Servidores do Estado do Ceará (PREV-CE), no âmbito do RPC estadual;v) do fato de que o Estatuto da CE-Prevcom, o Regulamento do Plano PREV-CE e correspondente material explicativo estão disponíveis para consulta em sítio eletrônico contendo informações da CE-Prevcom; evi) dos seguintes tratamentos efetivados pelo órgão ou entidade para os servidores que, na data de entrada em exercício, perceberem remuneração de contribuição para a previdência estadual referente ao cargo efetivo superior ao teto estabelecido para o Regime Geral de Previdência Social (RGPS):<ul style="list-style-type: none">a) da inscrição automática POR LEI ao plano PREV-CE, conforme estabelecido na Lei Complementar estadual nº 123, de 2013, com redação dada pela Lei Complementar estadual nº 183, de 21 de novembro de 2018, e suas alterações;b) do estabelecimento da alíquota de contribuição de 8,50% (oito vírgula cinco por cento) como participante do Plano PREV-CE operado pela CE-Prevcom, em caso de inscrição automática, conforme estabelecido no Decreto estadual nº 34.175/2021, e de que essa alíquota poderá ser alterada pelo participante junto à CE-Prevcom, mediante sua livre e expressa vontade, observado o regulamento do Plano PREV-CE; ec) da cobertura previdenciária dos riscos sociais de invalidez e morte por meio de seguro previsto nas normas de previdência complementar, com custeio incluído na alíquota de 8,50% (oito vírgula cinco por cento) de contribuição do participante, e com contrapartida paritária do Patrocinador. <p>Assino o presente Termo.</p> <p>_____, ____ de _____ de _____ Local / Data</p> <p>_____ Assinatura</p>	

ITEM 23 – ÁREA ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA

ITEM 22 – ÁREA MÉDICA

FORMULÁRIO DE OPÇÃO POR REGIME TRIBUTÁRIO.

Este termo deverá ser preenchido com os dados completos do participante, datado e assinado nos campos indicados e seguindo as instruções abaixo:

- O campo “Inscrição” não deverá ser preenchido.
- O campo “Sigla Patrocinador” deverá ser preenchido com: SESA
- Assinalar a opção do Regime de Tributário.



FORMULÁRIO DE OPÇÃO POR REGIME TRIBUTÁRIO			
DADOS DO PARTICIPANTE			
Nome Completo:			
CPF:	Inscrição:	Data Nasc.:	Sigla Patrocinador:
E-mail:		Telefone:	
OPÇÃO DE TRIBUTAÇÃO			
Atenção: A não formalização de opção por regime tributário dentro do prazo legalmente estabelecido implicará, na forma da lei, a permanência no regime de tributação denominado Progressivo.			
Tendo em vista o disposto na Lei federal nº 11.053, de 29/12/2004, que faculta aos participantes de planos de benefícios de caráter previdenciário a possibilidade de permanecerem no regime de tributação da tabela PROGRESSIVA ou de optarem pelo regime de tributação em que os benefícios e resgates são tributados pelo Imposto de Renda na Fonte de acordo com alíquotas estabelecidas em uma tabela REGRESSIVA (de acordo com o prazo de acumulação dos recursos), na qualidade de participante do Plano de Contribuição Definida administrado pela Fundação de Previdência Complementar do Estado do Ceará (CE-Prevcom), venho, livremente, após análise da minha situação específica frente à legislação tributária, exercer minha opção conforme abaixo indicado:			
<input type="checkbox"/> REGIME PROGRESSIVO: tributação pela tabela progressiva do imposto de renda, segundo legislação vigente. Estou ciente de que, optando por esse regime de tributação progressiva (com alíquotas progressivas de acordo com o nível da renda), os benefícios serão tributados, na fonte, de acordo com a tabela progressiva do imposto de renda e estarão sujeitos a ajuste na declaração anual. Eventuais recursos recebidos a título de resgate estarão sujeitos à incidência de imposto de renda na fonte, independentemente do valor do resgate, como antecipação do imposto de renda devido na declaração de ajuste anual.			
<input type="checkbox"/> REGIME REGRESSIVO: tributação baseada na tabela do imposto de renda com alíquotas regressivas, em função do prazo de acumulação dos recursos, conforme o art. 1º da Lei federal nº 11.053/04. Estou ciente de que esta opção é <u>irretratável</u> , mesmo na hipótese de eventual transferência ou portabilidade, e dela resultará que os valores recebidos a título de resgate ou benefício estarão sujeitos à incidência, na fonte, do imposto de renda calculado de acordo com as alíquotas aplicáveis nesse regime, em caráter definitivo, e, portanto, não estando sujeitos a ajustes na declaração anual. As alíquotas aplicáveis para determinação do imposto de renda devido serão estabelecidas de modo regressivo em função do aumento do período de acumulação dos recursos, o qual corresponderá ao tempo decorrido entre o aporte das contribuições ao plano e o pagamento dos benefícios ou resgates pela Entidade.			
_____/_____/_____ (Local e Data)		_____ (Assinatura do Participante)	
RESERVADO À ADMINISTRAÇÃO DO PLANO			
Recebido em: _____/_____/_____		Nome e assinatura do Responsável: _____	

ITEM 24 - ÁREA ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA
ITEM 23 - ÁREA MÉDICA

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DOCUMENTOS APRESENTADOS



DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Eu, _____,
nacionalidade _____, portador(a) do RG
nº _____ Órgão Expedidor _____, inscrito no
CPF sob o nº _____, **DECLARO**, sob as penas da lei, que todos
os dados e documentos entregues à SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO
CEARÁ, são integralmente verídicos, autênticos e condizem com a documentação
original, estando ciente que, do contrário, estarei incorrendo em infração ao Código
Penal Brasileiro, notadamente aos artigos 297, 298 e 299, que tratam da falsificação de
documento público, da falsificação de documento particular e da falsidade ideológica,
respectivamente, sem prejuízo das demais sanções penais, administrativas e cíveis
cabíveis.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante

Falsificação de documento público

Art. 297 do Código Penal - "Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro(...)"

Falsificação de documento particular

Art. 298 - "Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro(...)"

Falsidade ideológica

Art. 299 do Código Penal - "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante(...)".

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440
Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123

INSTRUÇÕES PARA REQUERIMENTO DE ADIAMENTO DE POSSE

1. Os candidatos poderão solicitar adiamento de posse pelo prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados depois de 30 (trinta) dias após a publicação da nomeação.

Exemplo 1: “A nomeação foi publicada no Diário Oficial do Estado no dia 01/05/2023, contam-se 30 (trinta) dias corridos que finalizam no dia 30/05/2023.”

2. Dentro desse período, o(a) candidato(a) que requerer a solicitação do adiamento de posse pode optar pelo prazo de 30 (trinta) ou 60 (sessenta) dias.

Exemplo 2: Após 30 dias da publicação da nomeação. A contagem é iniciada a partir do dia 31/05/2023.

- i. O(a) candidato(a) optou por 30 dias no seu requerimento de adiamento de posse: Deverá tomar posse no dia 29/06/2023*.
- ii. O(a) candidato(a) optou por 60 dias no seu requerimento de adiamento de posse: Deverá tomar posse no dia 29/07/2023*.

***A data e horário serão confirmados/agendados previamente pela Comissão Geral de Convocação - SESA.**

3. A solicitação do Adiamento de Posse deverá ser realizada através do FORMULÁRIO disponibilizado em: <https://www.saude.ce.gov.br/formulario-de-envio-de-documentos/> seguindo o passo a passo contido nele.
4. O requerimento para prorrogação de posse deverá ser preenchido de forma legível (manuscrita ou digitada) e DEVERÁ SER ASSINADO DE FORMA DIGITAL OU COM ASSINATURA COM RECONHECIDA EM FIRMA.

QUAISQUER OUTRAS DÚVIDAS VERIFICAR EM “PERGUNTAS FREQUENTES” OU ENTRAR EM CONTATO ATRAVÉS DOS E-MAILS OFICIAIS DISPONIBILIZADOS EM SITE OFICIAL. <https://www.saude.ce.gov.br/concursados/>