



## 1º EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE NOMEAÇÃO - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO nº 001/2023

O Presidente do Conselho Diretor do CISURG Médio Piracicaba, no uso de suas atribuições legais e considerando a homologação do resultado final do **Processo Seletivo nº 001/2023**, publicada em 25/08/2023; o aviso de prorrogação do prazo de validade do processo seletivo, publicado em 02/08/2024; o resultado final e a classificação dos candidatos aprovados, **TORNA PÚBLICO O PRESENTE ATO DE CONVOCAÇÃO PARA NOMEAÇÃO DOS APROVADOS ABAIXO ELENCADOS**, nos termos da legislação vigente:

Art. 1º. Ficam CONVOCADOS para nomeação no emprego público de **TÉCNICO EM ENFERMAGEM**, os seguintes candidatos aprovados no **Processo Seletivo Simplificado nº 001/2023**, devendo comparecer no CISURG Médio Piracicaba, situado na Rua São Paulo, 377 - Amazonas - Itabira/MG, CEP nº 35.900-352, **no período de 14 de julho de 2025 à 18 de julho de 2025, de 08h00 às 16h30min** para entrega dos documentos relacionados no Item 7.7 do Edital do **Processo Seletivo Simplificado nº 001/2023**, conforme relação abaixo:

TÉCNICO EM ENFERMAGEM - ITABIRA	
COLOCAÇÃO	NOME COMPLETO
1º	Marcos Vinicius Ribeiro Gomes
2º	LEILA DO CARMO BARBOZA
3º	Katia Aparecida Alvarenga Leão
4º	Simone Aparecida de Sousa
5º	Cristiane Aparecida Silveira Guerra
6º	Valéria Cristina Vieira Silva
7º Classificado PCD	Gláucia Ferreira de Aguiar Tavares
8º	Ana Paula dos Santos

TÉCNICO EM ENFERMAGEM - GUANHÃES	
COLOCAÇÃO	NOME COMPLETO
1º	kelly soares alexandre muniz
2º	ARIALDMA KELLY SILVA MOURÃO



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento  
dos Serviços de Urgência e Emergência do Médio Piracicaba  
CISURG Médio Piracicaba



3º	Daniela Silva de Oliveira
4º	Wellyngton Mascarenhas Silva

<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM - JOÃO MONLEVADE</b>	
<b>COLOCAÇÃO</b>	<b>NOME COMPLETO</b>
1º	CARLOS EDUARDO FERNANDES
2º	João Marcos Malaquias Ramos
3º	LUCINEIA MATIS GOMES
4º	Valquiria Alves Patricio Ferreira

<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM - BARÃO DE COCAIS</b>	
<b>COLOCAÇÃO</b>	<b>NOME COMPLETO</b>
1º	Luisa de Deus
2º	Erica da Conceição Barbosa
3º	José Geraldo Guimarães
4º	Erlane Escolastica Santos Bicalho

<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM - FERROS</b>	
<b>COLOCAÇÃO</b>	<b>NOME COMPLETO</b>
1º	Luciana Amorim Drumond Almeida
2º	Maria das graças Cândida e Silva
3º	Patricia Mara de Souza Silva
4º	TATILA CRISTINA DOS SANTOS MORAIS



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento  
dos Serviços de Urgência e Emergência do Médio Piracicaba  
CISURG Médio Piracicaba



TÉCNICO EM ENFERMAGEM - RIO VERMELHO	
COLOCAÇÃO	NOME COMPLETO
1º	Daiana Cristina luz mota
2º	Ronilda Luciola de Soua
3º	Gabriela Bispo Pascoal

TÉCNICO EM ENFERMAGEM - SÃO DOMINGOS DO PRATA	
COLOCAÇÃO	NOME COMPLETO
1º	Jamila Fernandes dos Santos
2º	ALINE TITO GOMES
3º	Ivanete Soares de Macedo Leis
4ª	Bruna Luiza Vasconcelos Martins Perdigão

§1º Os candidatos deverão comparecer munidos dos seguintes documentos, constantes no item 7.7 do **Edital nº 001/2023**:

	Original e cópia simples da carteira de identidade ou de documento equivalente, de valor legal, com fotografia; (O candidato deverá ter idade mínima de 18 (dezoito) anos completos, no ato da posse, salvo se já emancipado (apresentar documento de emancipação));
02	Original e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou do Comprovante de Inscrição no CPF, impresso a partir do endereço eletrônico da Secretaria da Receita Federal do Brasil, ou emitido pela entidade conveniada, no ato da inscrição, desde que acompanhado de documento de identificação do inscrito;
03	Original e cópia simples Título de eleitor, comprovante de votação na última eleição ou comprovante de quitação com a Justiça Eleitoral.
04	Original e cópia simples do certificado de reservista/ documento equivalente ou dispensa de incorporação, se do sexo masculino;
05	Carteira de trabalho emitida pelo MTPS;
06	Original e cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH categoria “D”, constando



**Consórcio Público Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento  
dos Serviços de Urgência e Emergência do Médio Piracicaba  
CISURG Médio Piracicaba**



	Curso de Transporte de Emergência e que exerce atividade remunerada, para o cargo de condutor de ambulância;
07	Original e cópia simples de certidão de nascimento, casamento ou união estável, se for o caso
08	Original e cópia simples da Certidão de nascimento de filhos menores de 18 (Dezoito) anos, se for o caso;
09	Original e cópia simples do PIS ou PASEP;
10	Original e cópia do Registro de Conselho de Classe e comprovante de que está em dia com as mensalidades;
11	Original e cópia simples do comprovante de residência atualizado (máximo 3 meses - preferencialmente água, energia ou telefone);
12	02 (duas) fotografias coloridas 3x4 recentes;
13	Original e cópia simples do Diploma comprobatório de escolaridade (cargo pretendido), conforme exigência do item Requisitos do Quadro de Vagas;
14	Original e cópia simples do Histórico Escolar referente ao diploma acima apresentado, cargo pretendido), conforme exigência do item Requisitos do Quadro de Vagas;
15	Original e cópia simples de Cursos da área com carga horária de no mínimo 20 (vinte) horas;
16	Certidão de antecedentes criminais atualizada emitida pela Polícia Civil;
17	Certidão de antecedentes criminais atualizada emitida pela Polícia Federal;
18	Certidão negativa criminal atualizada da Justiça Estadual;
19	Certidão negativa criminal atualizada da Justiça Federal;
20	Original e cópia simples da Carteira de vacinação atualizada conforme calendário nacional do Ministério da Saúde do candidato;
21	Original e cópia simples da Carteira de vacinação atualizada conforme calendário nacional do Ministério da Saúde dos filhos menores de 18 (dezoito) anos, se for o caso;
22	Declaração de qualificação cadastral no e-social;



**Consórcio Público Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento  
dos Serviços de Urgência e Emergência do Médio Piracicaba  
CISURG Médio Piracicaba**



23	Declaração a ser preenchida pelo candidato de próprio punho, de bens e valores que constituem seu patrimônio atualizada até a data da admissão ou cópia da última declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física - IRPF, com o respectivo recibo emitido pela Receita Federal do Ministério da Fazenda;
24	Declaração, a ser preenchida pelo candidato em formulário próprio, no ato da admissão de que exerce ou não, outro cargo, emprego ou função pública nos âmbitos Federal, Estadual e/ou municipal;
25	Declaração de que não é aposentado por invalidez, a ser preenchida pelo candidato em formulário próprio, no ato da admissão;
26	Documento para comprovação de deficiência, quando for o caso.
27	Documento para comprovação de deficiência, quando for o caso

§2º Para atendimento dos itens 23, 24 e 25, seguem os anexos: ANEXO I - modelo da declaração de bens; o ANEXO II - modelo de declaração de vínculo empregatício; ANEXO III - modelo de declaração de que não é aposentado por invalidez.

Art. 2º Não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento constante no Item 7.7 do Edital do Processo Seletivo **Simplificado nº 001/2023**, acarretará em não cumprimento da exigência editalícia.

Art. 3º Em caso de desistência, renúncia ou não comparecimento por parte dos candidatos nomeados no período designado ou, ainda, falta de apresentação dos documentos exigidos no item 7.7 do **Edital nº 001/2023** para a nomeação, o (a) candidata (o) perderá direito à vaga e será convocado outro candidato aprovado, respeitada a ordem de classificação.

§1º O candidato poderá manifestar a desistência através do e-mail: [controleinterno@cisurgmp.mg.gov.br](mailto:controleinterno@cisurgmp.mg.gov.br).

Itabira, 10 de julho de 2025.

**Marco Antônio Lage**

Presidente do Conselho Diretor do CISURG MÉDIO PIRACICABA



### ANEXO I - DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Identidade nº \_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei que meu patrimônio é composto dos seguintes bens e respectivos valores atuais de mercado:

1. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

Declaro ainda que o(s) valor(es) acima apresentado(s) é(são) verdadeiro(s) e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cumprimento das medidas legais cabíveis. Autorizo, ademais, a confirmação e averiguação das informações acima prestadas.

Itabira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA DO DECLARANTE**



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento  
dos Serviços de Urgência e Emergência do Médio Piracicaba  
CISURG Médio Piracicaba



**ANEXO II - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade n. \_\_\_\_\_, inscrito(a) sob o CPF n. \_\_\_\_\_, DECLARO para o fim específico de ingresso no emprego público do CISURG Médio Piracicaba, em conformidade com o que preceitua o art. 37, XVI e XVII da Constituição Federal (CF/88), que:

(  ) **NÃO EXERÇO** outro cargo, emprego ou função no serviço público, seja em âmbito federal, estadual ou municipal, bem como não exerço outro emprego privado;

(  ) **POSSUO** vínculo funcional com outro órgão público ou empresa privada, conforme especificação abaixo.

ESPECIFICAÇÃO:

---

---

---

Assim, declaro que atendo ao limite constitucional de cumulação de cargos (art. 37, XVI, da CF/88), que permite, quando houver compatibilidade de horários, a cumulação entre a) dois cargos de professor; b) um cargo de professor com outro técnico ou científico; c) dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas.

Itabira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA DO DECLARANTE**



**Consórcio Público Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento  
dos Serviços de Urgência e Emergência do Médio Piracicaba  
CISURG Médio Piracicaba**



**ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É APOSENTADO POR INVALIDEZ**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) da Identidade nº \_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, declaro sob as penas, para o fim de ingresso no emprego público do CISURG Médio Piracicaba, na presente data, não sou aposentado (a) por invalidez.

Itabira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**ASSINATURA DO DECLARANTE**