



2º EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE NOMEAÇÃO - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO nº 004/2023

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 004/2023**, 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 **ENFERMEIRO**, os seguintes candidatos aprovados no **Processo Seletivo Simplificado nº 004/2023**, devendo comparecer no CISURG Médio Piracicaba, situado na Rua São Paulo, 377 - Amazonas - Itabira/MG, CEP nº 35.900-352, **no período de 28 de julho de 2025 à 01 de agosto de 2025, de 08h00 às 16h30min** para entrega dos documentos relacionados no Item 7.7 do Edital do **Processo Seletivo Simplificado nº 004/2023**, conforme relação abaixo:

ENFERMEIRO - ITABIRA	
COLOCAÇÃO	NOME COMPLETO
12º	TAMARA OLIVEIRA CASTRO
13º	Thais Gândara Costa Coelho

§1º Os candidatos deverão comparecer munidos dos seguintes documentos, constantes no item 7.7 do **Edital nº 004/2023**:

	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;



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



05	Carteira de trabalho emitida pelo MTPS;
06	Original e cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH categoria “D”, constando 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



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



	caso;
22	Declaração de qualificação cadastral no e-social;
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 004/2023**, 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 004/2023** 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.

Itabira, 24 de julho de 2025.

Marco Antônio Lage

Presidente do Conselho Diretor do CISURG MÉDIO PIRACICABA



ANEXO I - DECLARA\u00c7\u00c3O DE BENS E VALORES

Eu, _____, portador(a) da Identidade
n\u00b0 _____, e do CPF n\u00b0 _____, residente e domiciliado
\u00e0 _____, n\u00b0 _____, Bairro _____, cidade
_____, declaro sob as penas da lei que meu patrim\u00f4nio \u00e9 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) \u00e9(s\u00e3o) verdadeiro(s) e estou ciente de que a omiss\u00e3o de informa\u00e7\u00f5es ou a apresenta\u00e7\u00e3o de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cumprimento das medidas legais cab\u00edveis. Autorizo, ademais, a confirma\u00e7\u00e3o e averigua\u00e7\u00e3o das informa\u00e7\u00f5es 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