

PORTARIA GAPRE Nº 28.08.002/2026, DE 28 DE AGOSTO DE 2026

DISPÕE SOBRE A NOMEAÇÃO DOS APROVADOS NO CONCURSO PÚBLICO REFERENTE AO EDITAL Nº 004/2025 - MAGISTÉRIO, CONVOCA PARA PROCEDIMENTOS DE POSSE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A EXMA. PREFEITA DO MUNICÍPIO DE BEBERIBE/CE, no uso de suas atribuições conferidas pelo art. 45, II, da Lei Orgânica do Município,

CONSIDERANDO a aprovação dos candidatos em Concurso Público para os Cargos Gerais, regido pelo Edital nº 004/2025;

CONSIDERANDO a cláusula 18.1 do referido edital que dispõe sobre as nuances e aspectos procedimentais alusivos à nomeação e posse dos candidatos aprovados,

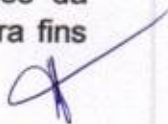
RESOLVE:

Art. 1º NOMEAR e CONVOCAR os CANDIDATOS aprovados em Concurso Público regido pelo Edital nº 004/2025, para exercerem em caráter efetivo os cargos constantes no Anexo I deste Ato, nos termos da Lei Federal nº 14.965/2024 e Lei Municipal nº 582, de 15 de fevereiro de 2000.

Art. 2º Os candidatos nomeados deverão, no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da data de publicação desta portaria, enviar os exames médicos, indicados no ANEXO II, ao endereço eletrônico: gabineteadm@beberibe.ce.gov.br.

Parágrafo único. O exame médico admissional será realizado no dia 17/09/2026, por ordem de chegada, no horário de 09:00h às 12:00h, na Policlínica Municipal, sediada na Rua José de Paula Peroba, s/n, Centro, Beberibe.

Art. 3º Os candidatos nomeados deverão comparecer presencialmente ou mediante procuração, à Secretaria de Administração, sediada na Rua João Tomaz Ferreira, nº 42, Centro, (Prefeitura Municipal), no dia 15/09/2026, de 8:00h às 11:00h, munidos da documentação, original e cópia, de qualificação pessoal listada no ANEXO III para fins de habilitação ao cargo público.





Parágrafo único. Em caso de solicitação de reclassificação ou prorrogação de posse, a entrega do requerimento será em conformidade com o *caput* deste artigo.

Art. 4º O candidato convocado para nomeação que não se apresentar à Secretaria de Administração dentro prazo estabelecido no art. 3º será considerado desistente, implicando sua eliminação definitiva e a convocação do candidato subsequente imediatamente classificado.

Parágrafo único. Será tomada sem efeito a nomeação, convocando-se o candidato subsequente imediatamente classificado, se a documentação apresentada revelar-se incompleta ou se restar ausentes quaisquer dos requisitos previstos no edital e na legislação para fins de nomeação e posse.

Art. 5º A posse ocorrerá no prazo de 30 (trinta dias) contados do ato de nomeação e o exercício em até 15 (quinze) dias contados da data da posse, podendo, tais atos ocorrerem simultaneamente.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Paço da Prefeitura Municipal de Beberibe/CE, 28 de agosto de 2026.


MICHELE CARIELLO DE SÁ QUEIROZ ROCHA
Prefeita Municipal

BEBERIBE-CE



CERTIDÃO

Certifico, para os devidos fins de direito, que a **PORTARIA GAPRE Nº 28.08.002/2026, DE 28 DE AGOSTO DE 2026** que **"DISPÕE SOBRE A NOMEAÇÃO DOS APROVADOS NO CONCURSO PÚBLICO REFERENTE AO EDITAL Nº 004/2025 - MAGISTÉRIO, CONVOCA PARA PROCEDIMENTOS DE POSSE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS."**, foi devidamente publicada por afixação no átrio da Prefeitura Municipal de Beberibe, em data de 28 de agosto de 2026 cumprindo, assim, os ditames legais.

Beberibe/CE, 28 de agosto de 2026.


MARIA FREITAS DOS SANTOS
Chefe de Gabinete

BEBERIBE-CE



ANEXO I

001 - PROFESSOR EDUCAÇÃO BÁSICA PEB II - PEDAGOGIA			
INSCRIÇÃO	NOME DE IDENTIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	MODALIDADE
5752	LUCAS EMANUEL DE OLIVEIRA MAIA	5º	AC

004 - PROFESSOR EDUCAÇÃO BÁSICA PEB II - PEDAGOGIA/EDUCAÇÃO INCLUSIVA			
INSCRIÇÃO	NOME DE IDENTIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	MODALIDADE
6607	FRANCISCA MÁRCIA VITORIANO DE PAULA	3º	AC

BEBERIBE-CE

ANEXO II

EXAMES MÉDICOS

1. Hemograma completo com plaquetas;
2. Coagulograma Completo com Tempo de protrombina e tempo parcial de tromboplastina;
3. Dosagem de glicose, ureia, creatinina, ácido úrico, AST, ALT;
4. Sumário de Urina;
5. Raio X do tórax em PA, com laudo;
6. Eletrocardiograma com Laudo;
7. Eletroencefalograma com Laudo
8. Acuidade Visual com Laudo;
9. Acuidade Auditiva com Laudo;
10. VDRL;
11. Exame de sanidade mental feito por psiquiatra.

BEBERIBE-CE

ANEXO III

DOCUMENTAÇÃO

1. Cédula de Identidade Civil e CPF ou CIN, CNH ou outro documento válido como identificação;
2. 02 (duas) fotos 3X4, recentes e idênticas;
3. Comprovante de residência;
4. CTPS e PIS/PASEP;
5. Título de eleitor;
6. Certidão de Casamento ou divórcio, se houver;
7. Certidão de nascimento e CPF dos filhos, se houver;
8. Certidão de quitação eleitoral expedida pela Justiça Eleitoral;
9. Certificado de Reservista, se do sexo masculino;
10. Diploma de grau em acordo ou superior ao nível exigido pelo cargo;
11. Carteira do Conselho de Classe (quando exigido);
12. Certificado de curso específico ou comprovação de experiência (quando exigido);
13. Certidões atuais de antecedentes criminais da Justiça Federal, da Justiça Estadual, da Secretaria de Segurança Pública e da Polícia Federal;
14. Declaração de Bens (Anexo IV);
15. Certidão de Acumulação de Cargos (ANEXO V);
16. Formulário E-Social preenchido (ANEXO VIII).



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____ abaixo
assinado, nomeado para o cargo de _____, portador(a)
do CPF nº _____,

- () Declaro não possuir bens;
() Declaro possuir os bens constantes da relação abaixo:

- 01 - _____, no valor de R\$ _____
02 - _____, no valor de R\$ _____
03 - _____, no valor de R\$ _____
04 - _____, no valor de R\$ _____
05 - _____, no valor de R\$ _____
06 - _____, no valor de R\$ _____
07 - _____, no valor de R\$ _____
08 - _____, no valor de R\$ _____
09 - _____, no valor de R\$ _____
10 - _____, no valor de R\$ _____

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Beberibe/CE, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do declarante



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS E FUNÇÕES

Eu, _____ abaixo assinado, nomeado para o cargo de _____, portador do CPF nº _____, DECLARO para os devidos fins que, NÃO EXERÇO nenhum cargo, função ou emprego público na Administração Pública Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público, que seja incompatível em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Beberibe/CE, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do declarante

BEBERIBE-CE



ANEXO VI

REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO

Eu, _____, inscrito(a) no
CPF sob nº _____, nomeado(a) no Concurso Público sob o
Edital nº _____, para o cargo de
_____ solicito **RECLASSIFICAÇÃO**.

Estou CIENTE de que esta solicitação, efetuada em meu exclusivo interesse, tem caráter irrevogável e único, que minha convocação poderá ou não ser efetivada no período de vigência do referido certame e que minha classificação passa a ser a última na fila dos candidatos classificados em cadastro de reserva.

Por ser verdade, firmo a presente.

Beberibe/CE, ____ de _____ de 2026.

BEBERIBE-CE



ANEXO VII

REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE POSSE

Eu, _____, inscrito(a) no
CPF sob nº _____, nomeado(a) no Concurso Público sob o
Edital nº _____, para o cargo de
_____ solicito **PRORROGAÇÃO DE POSSE**
PELO PRAZO DE 30 DIAS.

Estou CIENTE de que esta solicitação, efetuada em meu exclusivo interesse, tem caráter irrevogável e único, sendo que o pedido será avaliado pela Administração Pública.

Por ser verdade, firmo a presente.

Beberibe/CE, ____ de ____ de 2026.

BEBERIBE-CE

FORMULÁRIO PARA ADMISSÃO DOS FUNCIONÁRIOS



Prezado funcionário,

Solicitamos a atenção para o correto preenchimento de todos os campos do formulário abaixo. Informamos que os dados deste formulário serão repassados ao Governo Federal através do e-Social.

EMPRESA: _____

NOME COMPLETO (sem abreviação): _____

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Separado Sexo: () F () M

Cor/Raça: () Indígena () Branca () Preta () Amarela () Parda Primeiro Emprego: () S () N Aposentado: () S () N

Mais de Um Vínculo Trabalhista? () S () N Empresa: _____

Escolaridade: () Analfabeto () Até 4ª série 1º grau () 4ª série completa () 1º grau incompleto () 1º grau (Ens. Fundamental) completo
() 2º grau (ensino médio) incompleto () 2º grau (ensino médio) completo () Superior incompleto () Superior completo
() Pós graduação () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade/UF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

ESTRANGEIRO(A)

Estrangeiro(a) () Sim () Não Data de Chegada no Brasil: ____/____/____ Casado(a) com Brasileiro(a) () Sim () Não

Possui Filhos Brasileiros () Sim () Não Naturalizado(a) () Sim () Não Data da Naturalização: ____/____/____

DEFICIÊNCIA

() Física () Visual () Auditiva () Mental () Intelectual () Reabilitado/Readaptado

FILIAÇÃO:

Pai: _____

Mãe: _____

DOCUMENTOS

CPF: _____ Título Eleitoral: _____ Zona: _____ Seção _____

RG: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Data da Emissão: ____/____/____

CTPS: _____ Série/UF: _____ Data da Emissão: ____/____/____ PIS: _____

Certificado de Reservista: nº _____ Série: _____ Categoria _____

Somente profissão regulamentada) Reg. Órgão Classe nº _____ Órgão Emissor/UF: _____ Exp: ____/____/____

Somente para motorista profissional: Habilitação nº _____ Categoria: _____ Validade: ____/____/____

DEPENDENTES

Nome	Nascimento	CPF	Para Imposto de Renda?	Para Salário Família?	Tipo Dependente (Olhar tabela)
	____/____/____		() S () N	() S () N	
	____/____/____		() S () N	() S () N	
	____/____/____		() S () N	() S () N	
	____/____/____		() S () N	() S () N	
	____/____/____		() S () N	() S () N	
	____/____/____		() S () N	() S () N	

Tipo de Dependente (Tabela):

1 - Cônjuge

2 - Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de União Estável

3 - Filho(a) ou enteado(a)

4 - Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos

6 - Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial

9 - Pais, avós e bisavós

10 - Menor pobre do qual detenha a guarda judicial

11 - A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO LISTADA ABAIXO:

- ❖ Exame Médico Admissional (emitido antes da data da admissão por médico do trabalho);
- ❖ Exame Toxicológico pra funções de motorista (emitido antes da data da admissão);
- ❖ 01 Foto 3x4 e Carteira de Trabalho – CTPS;
- ❖ Cópia de todos os documentos pessoais (RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIFICADO DE RESERVISTA);
- ❖ Cópia Registro Órgão de Classe (somente para quem exerce a função)
- ❖ Cópia de CNH (somente para motoristas profissionais)
- ❖ Cópia de Comprovante de Escolaridade (Histórico, Diploma, Certificado ou Declaração de Matrícula);
- ❖ Cópia de Comprovante de Residência;
- ❖ Cópia da Certidão de Nascimento e CPF dos filhos, Cópia Atestado de Invalidez dos filhos de qualquer idade;
- ❖ Cópia do Cartão de Vacinação dos filhos menores de 06 anos
- ❖ Comprovante de frequência escolar dos filhos a partir de 06 anos
- ❖ Cópia certidão de casamento e CPF do cônjuge
- ❖ A documentação completa deverá ser enviada a contabilidade com um prazo mínimo de **2 DIAS** antes da data de início de trabalho do funcionário.
- ❖ A admissão só será realizada se não faltar nenhum documento.

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos e são de minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração de dados constantes desta DECLARAÇÃO (estado civil, escolaridade, alteração de endereço, nascimento e outras), a mesma deverá ser modificada junto à essa empresa empregadora.

Por fim, fico ciente que através deste documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Funcionário

DADOS DA ADMISSÃO (A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA)

Data da Admissão: ____/____/____ Contrato de Experiência: () S () N Prazo: ____ Dias Prorrogação: ____ Dias

Função: _____ CBO: _____ Salário: _____

Horário de Trabalho: _____ às _____ Intervalo: _____ às _____ Sábado: _____ às _____

Vale Transporte: () N () S Quantidade de VT x Valores: _____

**Para preenchimento dessas informações observe a CCT que compreende sua empresa.
Gentileza enviar o Livro de Registro de Empregados.**