



FORTALEZA

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

ANO LXXIV

FORTALEZA, 16 DE SETEMBRO DE 2026

Nº 18.398

PODER EXECUTIVO

GABINETE DO PREFEITO

ATO Nº 2278/2026 – GABPREF

O PREFEITO MUNICIPAL DE FORTALEZA, A SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE E A SECRETÁRIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso de suas atribuições legais, de acordo com o Decreto Municipal nº 14.474 de 02.08.2019, e o Processo nº P368164/2026;

RESOLVEM nomear, a candidata relacionada no Anexo I deste Ato, para exercer, em caráter efetivo, o cargo indicado, de acordo com as vagas criadas pelas Leis Complementares Municipais nº 428, de 12 de junho de 2025 e nº 429, de 13 de junho de 2025, publicadas no DOM de 13.06.2025, a partir da data da publicação deste Ato.

A candidata foi aprovada em Concurso Público, regulamentado pelo Edital nº 01, publicado no DOM, de 23.01.2024, conforme ato sem número de homologação e resultado final publicado no DOM 19.06.2024.

As instruções para os eventos subsequentes de demonstração prévia de habilitação e posse são os indicados no Anexo II deste ato.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FORTALEZA, em 14 de setembro de 2026.

EVANDRO SÁ BARRETO LEITÃO

Prefeito do Município de Fortaleza

RIANE MARIA BARBOSA DE AZEVEDO

Secretária Municipal da Saúde

CAROLINA PRICE EVANGELISTA MONTEIRO

Secretária Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão

ANEXO I AO ATO Nº 2278/2026 – GABPREF

MÉDICO VETERINÁRIO – 180h							
SEQ.	LISTA	INSCRIÇÃO	NOME	CLAS. GERAL	CLAS. PCD	CLAS. NEGRO	CLAS. FIM DE FILA
1	AC	2405044146	VERDIANE DE ARAUJO VERDIANO	13º			
*Referente emprego público de MÉDICO VETERINÁRIO , conforme Edital nº 01, de 23 de janeiro de 2024 – DOM 23.01.2024, ALTERADO pela Lei Complementar nº 428, de 12 de junho de 2025 – DOM 13.06.2025 , que disciplina os procedimentos referentes à absorção dos empregados públicos da Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (FAGIFOR) pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS).							

ANEXO II AO ATO Nº 2278/2026 – GABPREF

CONVOCAÇÃO PARA POSSE

Os candidatos relacionados no anexo I, deverão comparecer aos eventos nas datas e horários indicados visando à posse no cargo e cadastro nos sistemas de gestão de pessoas do Município.

1. JUNTA MÉDICA DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO – IPM

1.1. Local e Exames Necessários

Comparecer à sede do Instituto de Previdência do Município - IPM, situada à Avenida da Universidade, 1940, Centro, CEP: 60.025-101, portando os seguintes exames a serem realizados às expensas dos candidatos:

- Hemograma Completo e Glicemia de Jejum;
- VDRL;
- Sumário de Urina;
- Raio X do Tórax (PA) com Laudo;
- Função Fígado: TGO e TGP;
- Avaliação Psiquiátrica (laudo);
- Avaliação Oftalmológica;
- Avaliação Odontológica;

1.1. Período e Horário para comparecimento à Junta Médica

1.1.1. A perícia será realizada no **turno da tarde (14:00 – 16:30)**, no dia de **21 de setembro de 2026**, conforme cronograma no item 1.2.4.

1.1.2. O atendimento será realizado por ordem de numeração das senhas;

1.1.3. Serão válidos os exames realizados nos últimos 30 (trinta) dias;

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 16 DE SETEMBRO DE 2026

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 2

 EVANDRO SÁ BARRETO LEITÃO Prefeito de Fortaleza GABRIELLA PEQUENO COSTA GOMES DE AGUIAR Vice-Prefeita de Fortaleza			
SECRETARIADO			
FRANCISCO EUDES FERREIRA BRINGEL Secretário Chefe do Gabinete do Prefeito	CIRO MESQUITA DE OLIVEIRA Secretário Municipal da Educação	ANÍSIA LEITAO AGUIAR Secretária Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social	SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO  COORDENADORIA DE ATOS E PUBLICAÇÕES OFICIAIS FONE: (85) 2180-3779 CÉLULA DE GESTÃO DO DIÁRIO OFICIAL FONES: (85) 2180-3780 RUA SÃO JOSÉ Nº 01 - CENTRO FORTALEZA-CEARÁ CEP: 60060-170
FRANCISCO DE CASTRO MENEZES JÚNIOR Secretário Municipal de Governo	RIANE MARIA BARBOSA DE AZEVEDO Secretária Municipal da Saúde	JONAS DEZIDORO DA SILVA FILHO Secretário Municipal do Desenvolvimento Habitacional	
HÉLIO DAS CHAGAS LEITÃO NETO Procurador Geral do Município	ANDRÉ LUIZ DAHER VASCONCELOS Secretário Municipal da Infraestrutura	ANA HELENA DO NASCIMENTO BARBOSA Secretária Municipal da Cultura	
SILVIA HELENA CORREIA VIDAL Secretária Chefe da Controladoria e Ouvidoria Geral do Município	FRANCISCO JOSÉ DE ABREU MACHADO Secretário Municipal da Conservação e Serviços Públicos	JÚLIO BRIZZI NETO Secretário Municipal da Juventude	
LAILA FREITAS E SILVA Secretária Municipal das Licitações da Prefeitura de Fortaleza	ANDERSON MARQUES PINHEIRO Secretário Municipal de Esporte e Lazer	ANDRÉ LUIZ ARAÚJO BARBOSA Secretário Municipal de Relações Comunitárias	
FRANCISCO MÁRCIO DE OLIVEIRA Secretário Municipal da Segurança Cidadã	ANTÔNIO JOSÉ PORTO MOTA Secretário Municipal do Desenvolvimento Econômico	MARIA DE FÁTIMA BANDEIRA DE PAULA Secretária Municipal da Mulher	
MÁRCIO CARDEAL QUEIROZ DA SILVA Secretário Municipal das Finanças	JOÃO VICENTE LEITÃO Secretário Municipal do Urbanismo e Meio Ambiente	ADOLFO CESAR SILVEIRA VIANA Secretário Municipal de Proteção Animal	
CAROLINA PRICE EVANGELISTA MONTEIRO Secretária Municipal do Planejamento, Orçamento e Gestão	DENISE SÁ VIEIRA CARRÁ Secretária Municipal do Turismo		

2. ENTREGA PREPARATÓRIA DE DOCUMENTAÇÃO PARA A POSSE E DEMAIS PROCEDIMENTOS DE ADMISSÃO:

Comparecer à sede da Secretaria Municipal de Saúde - SMS – situada na Rua Barão do Rio Branco, 910 - Centro, Fortaleza - CEP 60025- 060, Sobreloja (COGEP), para apresentar a documentação abaixo discriminada, originais e fotocópias legíveis dos seguintes documentos:

2.1. Documentos de habilitação para a posse:

- 01 (uma) Foto 3x4 (atual);
- Documento Oficial de Identidade;
- CPF;
- Título de Eleitor e comprovante de quitação com as obrigações perante a Justiça Eleitoral;
- Carteira de Reservista (gênero masculino);
- Inscrição do PIS ou PASEP;
- Carteira do Conselho de Classe e Comprovação de Quitação perante o Conselho da respectiva categoria profissional;
- Declaração junto ao Conselho de classe comprovando não ter sido condenado ou está respondendo processo administrativo disciplinar ou de ação judicial;
- Certidão de Antecedentes da Polícia Federal onde tenha residido, nos últimos cinco anos, expedida no máximo há seis meses;
- Certidão de Antecedentes da Polícia dos Estados onde tenha residido, nos últimos cinco anos, expedida no máximo há seis meses;
- Certidão dos setores de distribuição dos foros criminais dos lugares em que tenha residido, nos últimos cinco anos, da Justiça;
- Certidão dos setores de distribuição dos foros criminais dos lugares em que tenha residido, nos últimos cinco anos, da Justiça Estadual;
- Certidão de acumulação de cargos obtida no sítio da SEPOG (<http://vinculo.sepog.fortaleza.ce.gov.br/>);
- Certidão de acumulação de cargos obtida no sítio da SEPLAG (www.seplag.ce.gov.br);
- Comprovante de residência atualizado (em nome do candidato), com vigência máxima de 03 (três) meses (Caso do candidato não possua deverá apresentar Declaração de Residência autenticada);
- Declaração de acumulação de cargos (Formulário será distribuído pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas – COGEP no ato da convocação);
- Certidão e/ou Declaração de que não responde Processo Administrativo Disciplinar ou que não foi demitido por motivo de disciplinar; (caso tenha anteriormente exercido cargo, função ou emprego público em quaisquer das esferas);
- Laudo Médico expedido pela Perícia Médica do Instituto de Previdência do Município – IPM;
- Informações bancárias do Banco Santander (Caso do candidato não possua conta no Banco do SANTANDER, o setor responsável da SMS emitirá ofício para que o candidato providencie)
- Certidão de Casamento, no caso de casado, viúvo, divorciado ou separado;
- Termo de ciência sobre os regimes de previdência social e complementar vigentes no município;
- Caso o servidor declare ter dependentes, de cada dependente:
 - RG ou Certidão de Nascimento;
 - CPF;
 - Registro Nacional de Estrangeiro, caso o dependente seja estrangeiro;
 - Comprovante de Endereço, caso o dependente resida em local diverso do servidor;
 - Laudo Médico, caso o dependente tenha alguma deficiência;
 - Declaração do Ensino Superior, caso o dependente está cursando nível superior e seja maior de 21 e menor que 24 anos de idade;

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 16 DE SETEMBRO DE 2026

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 3

- vii. Guarda Judicial, caso o servidor detenha a guarda do dependente;
- viii. Tutela Judicial, caso o servidor seja o Tutor do dependente;
- ix. Curatela Judicial, caso o servidor seja o Curador do dependente;

2.2. Período e Horário para entrega da documentação:

- 2.2.1 A entrega da documentação será no **turno da manhã no dia 23 de setembro de 2026;**
- 2.2.2 O atendimento será realizado pela ordem de chegada;
- 2.2.3 Documentos que, porventura, perderão a validade no interstício entre a apresentação e a data da posse ou do exercício podem ter a sua atualização solicitada na ocasião destas;
- 2.2.4 Para a complementação do cadastro nos sistemas de gestão de pessoas, documentos adicionais poderão ser solicitados.

ANEXO I - CONVOCAÇÃO PARA POSSE

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO PÚBLICO

Eu _____ RG _____, CPF _____ DECLARO, de acordo com os incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal, e em conformidade com o disposto no § 5º do art. 14 da Lei nº 6.794, de 27 de dezembro de 1990, que presentemente:

() Não exerço em acumulação remunerada qualquer outro Cargo, Emprego ou Função Pública, no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, abrangendo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo poder público.

() Exerço o(s) cargo(s) público(s), função(es) ou emprego(s) abaixo:

a) _____ cuja jornada de trabalho é de _____ às _____ horas, com uma carga horária semanal de _____.

b) _____ cuja jornada de trabalho é de _____ às _____ horas, com uma carga horária semanal de _____.

Declaro, ainda, que tomei conhecimento do inteiro teor das normas acima relacionadas e que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo público de provimento efetivo de _____ para o qual serei investido (a).

Fortaleza, _____, de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

ANEXO II - CONVOCAÇÃO PARA POSSE DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO ANTERIOR DE CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO PÚBLICO

Eu _____ RG _____ CPF _____

DECLARO, para os devidos fins, de que não exerci anteriormente Emprego ou Função Pública, no âmbito da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, abrangendo autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo poder público.

Fortaleza, _____, de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

ANEXO III - CONVOCAÇÃO PARA POSSE DECLARAÇÃO DE BENS

PARA PROVIMENTO DO CARGO EFETIVO DE _____

Nome: _____	
CPF: _____ RG: _____	
DECLARO, para fins de posse no cargo efetivo de _____ que possui bens e valores que constituem o seu patrimônio, abaixo especificado, em conformidade com o § 5º do Art. 14, da Lei nº 6.794, de 27 de dezembro de 1990.	
Discriminação de bens	Valor (R\$)
1. Bens Imobiliários:	
2. Bens móveis, semoventes e outros:	
3. Automóveis e outros veículos:	
4. Depósitos bancários, ações, apólices, e outros títulos:	
5. Outros Bens:	

Assinatura do Declarante

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 16 DE SETEMBRO DE 2026

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 4

ANEXO IV - CONVOCAÇÃO PARA POSSE DECLARAÇÃO DE BENS

PARA PROVIMENTO DO CARGO EFETIVO DE _____
Eu, _____, Portador da Cédula de
Identidade nº _____, Órgão Emissor _____,
CPF: _____, residente e domiciliado a
Rua/Av. _____.
DECLARO, para fins de posse em cargo público de provimento efetivo de _____, não possuir nenhum
bem ou valores que constituam meu patrimônio, em conformidade com o Art. 14, § 5º da Lei nº 6.794, de 27 de dezembro de 1990.
Fortaleza, _____, de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

ANEXO V - CONVOCAÇÃO PARA POSSE

TERMO DE CIÊNCIA SOBRE OS REGIMES DE PREVIDÊNCIA SOCIAL E COMPLEMENTAR VIGENTES NO MUNICÍPIO

Nome:	CPF:
Órgão:	Cargo:

Eu, acima epigrafado, DECLARO, para os devidos fins, que estou CIENTE:

- i) da existência do REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (RPPS) municipal, gerido pelo Instituto de Previdência do Município, com benefícios determinados na legislação que rege esse RPPS, notadamente o art. 40 da Constituição Federal e legislação municipal aplicável;
- ii) da vinculação obrigatória ao RPPS, 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 185, de 21/11/2018, e suas alterações, e a legislação municipal que trata do RPC local;
- iv) da existência do Plano de Previdência Complementar dos Municípios do Estado do Ceará (PREV-CE MUNICÍPIOS), no âmbito do RPC local;
- v) do fato de que o Estatuto da CE-Prevcom, o Regulamento do Plano PREV-CE MUNICÍPIOS e correspondente material explicativo estão disponíveis para consulta em sítio eletrônico contendo informações da CE-Prevcom (<https://www.ceprevcom.com.br>); e
- vi) 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 municipal referente ao cargo efetivo superior ao teto estabelecido para o Regime Geral de Previdência Social (RGPS):
 - a) da inscrição automática ao plano PREV-CE MUNICÍPIOS, conforme estabelecido na Lei municipal;
 - b) do estabelecimento da alíquota de contribuição de 8,50% (oito vírgula cinco por cento) como participante do Plano PREV-CE MUNICÍPIOS operado pela CE-Prevcom, em caso de inscrição automática, 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 MUNICÍPIOS; e
 - c) 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 (Município).

DECLARO ainda que (marcar o item correspondente, apenas um):
O ingresso atual representa a primeira entrada no serviço público estatutário, em geral, isto é, não tive vínculo estatutário com serviço público de qualquer esfera anteriormente; ou
Já tive vínculo com o serviço público (de qualquer esfera) no passado, mas na data de ingresso no atual cargo efetivo municipal não tenho esse tipo vínculo; ou
Venho do serviço público como servidor de cargo efetivo, com vínculo previdenciário a RPPS **COM** limitação ao teto do RGPS (**COM** oferta, pelo Ente, de previdência complementar); ou
Venho do serviço público como servidor de cargo efetivo, mas o Ente não tinha RPPS para seus servidores e a contribuição previdenciária era destinada para o RGPS/INSS; ou
Venho do serviço público como servidor de cargo efetivo, com vínculo previdenciário a RPPS **SEM** limitação ao teto do RGPS/INSS.

DECLARO, por fim, que as informações prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pela sua atualização e por fornecer os comprovantes das informações sempre que houver solicitação.
Rubrico as páginas e assino o presente Termo.
_____/CE, ____ de ____ de ____
_____/CE, ____ de ____ de ____

Assinatura

ANEXO VI - CONVOCAÇÃO PARA POSSE

DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência à legislação do imposto de renda, venho pela presente informar-lhes que tenho como encargo de família as pessoas abaixo relacionadas:

RG	NOME
Nº DE MATRÍCULA	CARGO

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

FORTALEZA, 16 DE SETEMBRO DE 2026

QUARTA-FEIRA - PÁGINA 5

ÓRGÃO	UA
-------	----

ENDEREÇO RESIDENCIAL	MUNICÍPIO	CEP
----------------------	-----------	-----

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA					
NOME COMPLETO	SEXO	D.N	PARENTESCO	CPF	SITUAÇÃO

NOTA – O campo “situação” deverá ser informado quando se tratar de dependente universitário (de 21 a 24 anos) ou incapaz (física ou mentalmente para o trabalho).

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a v.s^a. (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Fortaleza, _____, de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

*** **

ATO Nº 2279/2026 – GABPREF

O PREFEITO MUNICIPAL DE FORTALEZA, A SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE E A SECRETÁRIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso de suas atribuições legais, de acordo com o Decreto Municipal nº 14.474 de 02.08.2019, e o Processo nº P346096/2026;

RESOLVEM REVOGAR, nos termos do § 2º do artigo 16 da Lei nº 6.794, de 27 de dezembro de 1990 (Estatuto dos Servidores do Município de Fortaleza), publicada no DOM nº 9.526 – Suplemento de 2 de janeiro de 1991, e em conformidade com o artigo 7º do Decreto Municipal nº 14.474, de 2 de agosto de 2019, **as nomeações** dos(as) candidatos(as) relacionados(as) no anexo único deste ato, efetuadas por meio do **Ato de Nomeação nº 1610/2026 – GABPREF, de 08 de julho de 2026, publicado no DOM de 08 de julho de 2026**, com lotação na Secretaria Municipal da Saúde (SMS), em virtude da não ocorrência de posse, conforme o disposto na Lei nº 6.794, de 27 de dezembro de 1990.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FORTALEZA, em 14 de setembro de 2026.

Evandro Sá Barreto Leitão

PREFEITO MUNICIPAL DE FORTALEZA

Riane Maria Barbosa de Azevedo

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Carolina Price Evangelista Monteiro

SECRETÁRIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

ANEXO ÚNICO AO ATO Nº 2279/2026 – GABPREF

AUXILIAR DE FARMÁCIA – 240H

SEQ.	LISTA	INSCRIÇÃO	NOME	CLAS. GERAL	CLAS. PCD	CLAS. NEGRO	CLAS. FIM DE FILA
1	AC	2405016793	CARLOS DANIEL MARCELINO DA SILVA	7			3
2	AC	2405042231	MARIA VALDIANE ALVES MOREIRA DE SOUZA	23			
3	AC	2405034274	SARA PONTES FONTENELE	24			
4	AC	2405009723	ALAN EDSON OLIVEIRA SOUSA	27			
5	AC	2405060611	RAQUEL SOUZA LIMA	30			
6	AC	2405042492	INGRID DE CASTRO SOUSA	34			
7	NEGRO	2405021513	ALINE LOPES DE SOUZA	54			
8	AC	2405020796	MARIA VIVIANE DE ARAUJO	36			
9	AC	2405008036	FRANCISCO ALISSON VIEIRA DE SOUSA	40			

AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – 240H

SEQ.	LISTA	INSCRIÇÃO	NOME	CLAS. GERAL	CLAS. PCD	CLAS. NEGRO	CLAS. FIM DE FILA
1	AC	2405003358	VILMARA PEREIRA DA CRUZ	62			
2	AC	2405019841	JAINA MARIA ALVES DA SILVA	65			
3	AC	2405045194	ANTONIA MAIANE VIEIRA ARAUJO	69			
4	AC	2405015999	ANNA CARLA COSTA CASTRO	77			