

Verificado por: \_\_\_\_\_  
Qtd.: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_



**CEAP-SOL**  
Centro Estadual de Atenção  
Prolongada e Casa de Apoio  
Condomínio Solidarieidade

**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



**CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO PROLONGADA E CASA DE APOIO  
CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE – CEAP SOL - GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES  
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2024 – PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2024 – 19 AGOSTO À 21 DE AGOSTO DE 2024**

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:	CPF:	
Identidade nº:	Órgão Emissor:	Data Nasc.: / /
E-mail:	Tel fixo: ( )	Cel: ( )

**2. ENDEREÇO:**

Rua:		
Cond.:	Bloco:	Apto:
Bairro:	CEP:	nº:
Cidade:	UF:	

**3. ESCOLARIDADE:**

Nível Médio  Nível Médio Técnico/Profissionalizante  Nível Superior

**4. CARGO AO QUAL CONCORRE**

<input type="checkbox"/> ANALISTA DE DEPARTAMENTO PESSOAL	<input type="checkbox"/> FATURISTA
<input type="checkbox"/> ANALISTA DE GESTÃO DE PESSOAS	<input type="checkbox"/> FONOAUDIÓLOGO
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> MÉDICO DO TRABALHO
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE FINANCEIRO	<input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIAL	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL
<input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE TI
<input type="checkbox"/> AUXILIAR FARMÁCIA	<input type="checkbox"/> TERAPEUTA OCUPACIONAL
<input type="checkbox"/> BIOMÉDICO	
<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO (SCIH) – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	

**Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: [www.isgsaude.org](http://www.isgsaude.org)**

**5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?**

FÍSICA  AUDITIVA  VISUAL  INTELECTUAL  MENTAL  MÚLTIPLAS

**5.1 No caso de pessoa com deficiência: Identificar o CID**

**5.1.1 Indicação das condições diferenciadas para realização da entrevista:**

**5.1.2 Possui familiar de 1º, 2º ou 3º grau na referida unidade (Em caso do SIM, identificar cargo e área de atuação do familiar).**  
( ) sim ou ( ) não Cargo: Área:

**5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público, em caso SIM, identificar. (Agente Público entende-se, é aquele que presta qualquer tipo de serviço ao Estado, que exerce funções públicas, no sentido mais amplo possível dessa expressão, significando qualquer atividade pública).**  
( ) sim ou ( ) não

DECLARO que conheço e concordo com a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais pelo ISG, de acordo a Lei 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comprovante da solicitação de inscrição devidamente assinado.

Goiânia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024.

ASSINATURA LEGÍVEL

**CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO PROLONGADA E CASA DE APOIO CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE – CEAP SOL  
WWW.ISGSAUDE.ORG**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG**

**FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2024 - DE 19 DE AGOSTO À 21 DE AGOSTO DE 2024**

NOME:	QUANTIDADE DE CÓPIAS:
CARGO:	HORA:
ASSINATURA ISG:	

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATA	DISCRIMINAÇÃO
13/08/2024	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
19/08 à 21/08/2024	INSCRIÇÕES, <u>HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;</u>
26/08/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
27/08/2024	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;</u>
29/08/2024	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
03/09/2024 à 05/09/2024	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
09/09/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.

Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: [www.isgsaude.org](http://www.isgsaude.org)