

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 002/2025 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 002/2025 - DE 14 À 16 DE ABRIL DE 2025

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 ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO	<input type="checkbox"/> PSICÓLOGO HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> ANALISTA DE DEPART. PESSOAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO REGULADOR	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM
<input type="checkbox"/> ANALISTA DE GEST.DE PESSOAS	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO (SCIH)	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO
<input type="checkbox"/> ANALISTA FINANCEIRO/CUSTOS	<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE NUTRIÇÃO
<input type="checkbox"/> ANALISTA DE TI	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> FATURISTA	<input type="checkbox"/> TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
<input type="checkbox"/> AUXILIAR ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA	<input type="checkbox"/> TÉCNICO DE TI
<input type="checkbox"/> AUXILIAR FARMÁCIA	<input type="checkbox"/> FONOAUDIÓLOGO	<input type="checkbox"/> TERAPEUTA OCUPACIONAL
<input type="checkbox"/> AUXILIAR DE LAVANDERIA	<input type="checkbox"/> MÉDICO DO TRABALHO	
<input type="checkbox"/> BIOMÉDICO		

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: www.isgsaude.org

5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?

FÍSICA AUDITIVA VISUAL INTELLECTUAL 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, ____/____/2025.

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 002/2025 - DE 14 A 16 DE ABRIL DE 2025

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
02/04/2025	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
14/04 à 16/04/2025	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;
23/04/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
24/04/2025	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;
25/04/2025	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
28/04 à 30/04/2025	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
07/05/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.

Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org