

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



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

**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 003/2026 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 003/2026 - DE 08/06 À 12 DE JUNHO DE 2026**

**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"/> MÉDICO CARDIOLOGISTA       | <input type="checkbox"/> MÉDICO INFECTOLOGISTA | <input type="checkbox"/> MÉDICO PNEUMOLOGISTA  |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO CLÍNICO (DIARISTA)  | <input type="checkbox"/> MÉDICO NEFROLOGISTA   | <input type="checkbox"/> MÉDICO PROCTOLOGISTA  |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA | <input type="checkbox"/> MÉDICO NEUROLOGISTA   | <input type="checkbox"/> MÉDICO PSIQUIATRA     |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO GINECOLOGISTA       |  | <input type="checkbox"/> MÉDICO REUMATOLOGISTA |

*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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2026.

\_\_\_\_\_  
 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 003/2026 - DE 08/06 À 12 DE JUNHO DE 2026**

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

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATA	DISCRIMINAÇÃO
01/06/2026	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
08/06/2026 à 12/06/2026	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;
15/06/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
16/06/2026	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;
17/06/2026	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
23/06/2026 à 24/06/2026	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
26/06/2026	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)