

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 004/2024 – PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 004/2024 – 09 JULHO A 11 DE JULHO DE 2024**

<b>1. IDENTIFICAÇÃO:</b>					
Nome:	CPF:				
Identidade nº:	Órgão Emissor:	Data Nasc.: / /			
E-mail:	Tel fixo: ( )	Cel: ( )			
<b>2. ENDEREÇO:</b>					
Rua:					
Cond.:	Bloco:	Apto:			
Bairro:	CEP:	nº:			
Cidade:	UF:				
<b>3. ESCOLARIDADE:</b>					
Nível Médio <input type="checkbox"/>	Nível Médio Técnico/Profissionalizante <input type="checkbox"/>	Nível Superior <input type="checkbox"/>			
<b>4. CARGO AO QUAL CONCORRE</b>					
<input type="checkbox"/> ENFERMEIRO					
<i>Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a></i>					
<b>5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?</b>					
<input type="checkbox"/> FÍSICA	<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> VISUAL	<input type="checkbox"/> INTELLECTUAL	<input type="checkbox"/> MENTAL	<input type="checkbox"/> 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 exercefunções 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 2024.					
_____ ASSINATURA LEGÍVEL					
<b>CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO PROLONGADA E CASA DE APOIO CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE – CEAP SOL</b> <b>WWW.ISGSAUDE.ORG</b> <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG</b> <b>FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 004/2024 - DE 09 DE JULHO A 11 DE JULHO DE 2024</b>					
NOME:					
CARGO:	QUANTIDADE DE CÓPIAS:				
ASSINATURA ISG:	HORA:				

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATA	DISCRIMINAÇÃO
04/07/2024	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
09/07 à 11/07/2024	INSCRIÇÕES, <u>HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;</u>
12/07/2024	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
15/07/2024	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;</u>
16/07/2024	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
17/07/2024 à 18/07/2024	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
19/07/2024	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)