

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 005/2025 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2025 - DE 07 À 11 DE JULHO 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"/> MÉDICO GINECOLOGISTA | <input type="checkbox"/> MÉDICO PROCTOLOGISTA  |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO NEUROLOGISTA  | <input type="checkbox"/> MÉDICO PSIQUIATRA     |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO PNEUMOLOGISTA | <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  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 005/2025 - DE 07 A 11 DE JULHO DE 2025**

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

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATA	DISCRIMINAÇÃO
26/06/2025	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
07/07 à 11/07/2025	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;
15/07/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
17/07/2025	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;
21/07/2025	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
24/07 à 25/07/2025	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
Até 30/07/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.

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