

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 005/2026 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2026 - DE 17 de AGOSTO a 21 DE AGOSTO 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

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ MÉDICO CARDIOLOGISTA | ☐ MÉDICO INFECTOLOGISTA | ☐ MÉDICO PNEUMOLOGISTA |
| ☐ MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA | ☐ MÉDICO NEFROLOGISTA | ☐ MÉDICO PROCTOLOGISTA |
| ☐ MÉDICO GINECOLOGISTA | ☐ MÉDICO NEUROLOGISTA | ☐ MÉDICO PSIQUIATRA |
| | | ☐ MÉDICO REUMATOLOGISTA |

Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: 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 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 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 005/2026 - DE 17 de AGOSTO a 21 DE AGOSTO DE 2026

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
10/08/2026	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
17/08/2026 à 21/08/2026	INSCRIÇÕES, <u>HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;</u>
24/08/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
25/08/2026	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 12:00;</u>
26/08/2026	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
01/09/2026 à 02/09/2026	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
04/09/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.

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