Verificado por:_____
Qtd.:_____
Data:____/____/____
Horário:____:____

OSS GESTORA ISG Instituto Sócrates Guanaes | SUS | 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 006/2026 - PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 006/2026 - DE 09 À 13 DE NOVEMBRO 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

☐ ANALISTA DE GESTÃO DE GENTE	☐ BIOMÉDICO	☐ TÉCNICO DE NUTRIÇÃO
☐ ANALISTA DE TI	☐ ENFERMEIRO SCIH	☐ TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL
☐ ASSISTENTE SOCIAL	☐ ENFERMEIRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	☐ TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO
☐ AUXILIAR ADMINISTRATIVO	☐ FONOAUDIÓLOGO	☐ TÉCNICO DE TI
☐ AUXILIAR DE FARMÁCIA	☐ NUTRICIONISTA	☐ TERAPEUTA OCUPACIONAL
☐ AUXILIAR DE LAVANDERIA	☐ TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	

Necessário apresentação das documentaçoes conforme pré requisito de cada cargo disponivel 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, siginifcando 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 006/2026 - DE 09 A 13 DE NOVEMBRO DE 2026

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
29/10/2026	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
09/11/2026 À 13/11/2026	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;
18/11/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
19/11/2026	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00;
23/11/2026	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
25/11/2026 À 27/11/2026	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
04/12/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.

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