

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

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT

GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2026 - PCD * PREENCHER COM LETRA DE FORMA

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2026 PCD – DE 27 A 30 DE JANEIRO 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/Técnico Nível Superior **4. CARGO AO QUAL CONCORRE**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analista Administrativo PCD | <input type="checkbox"/> Condutor de Paciente PCD | <input type="checkbox"/> Psicólogo Hospitalar PCD |
| <input type="checkbox"/> Analista da Qualidade PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro PCD | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem PCD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Análises Clínicas PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro CME/CC PCD | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem CME/CC PCD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Desenvolvimento PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro da Educação Permanente PCD | <input type="checkbox"/> Técnico de Laboratório PCD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Gestão de Pessoas PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro do NHVE PCD | <input type="checkbox"/> Técnico de Nutrição PCD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Suporte PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho PCD | <input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho PCD |
| <input type="checkbox"/> Analista Financeiro PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Gestor de Leitos PCD | <input type="checkbox"/> Técnico de TI PCD |
| <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo PCD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro de SCIH PCD | <input type="checkbox"/> Técnico em Eletrônica PCD |
| <input type="checkbox"/> Assistente Financeiro PCD | <input type="checkbox"/> Engenheiro Clínico PCD | <input type="checkbox"/> Técnico Transfusionista PCD |
| <input type="checkbox"/> Assistente Social PCD | <input type="checkbox"/> Engenheiro do Trabalho PCD | <input type="checkbox"/> Telefonista PCD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo PCD | <input type="checkbox"/> Farmacêutico PCD | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional PCD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia PCD | <input type="checkbox"/> Faturista PCD | <input type="checkbox"/> Tutor de Campo PCD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Gestão de Pessoas PCD | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta PCD | <input type="checkbox"/> Tutor de Enfermagem PDC |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Lavanderia PCD | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo PCD | <input type="checkbox"/> Tutor de Fisioterapia PCD |
| <input type="checkbox"/> Bibliotecário PCD | <input type="checkbox"/> Nutricionista PCD | <input type="checkbox"/> Tutor de Nutrição PCD |
| | | <input type="checkbox"/> Tutor de Psicologia PCD |

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 MÚLTIPHAS

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 2025.

ASSINATURA LEGÍVEL

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT WWW.ISGSAUDE.ORG COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG	
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2026 PCD – DE 27 A 30 DE JANEIRO DE 2026	
NOME:	CARGO:
ASSINATURA ISG:	DATA/HORA:

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
20/01/2026	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
27/01/2026 à 29/01/2026	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00;

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

02/02/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
03/02/2026	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 16:00;</u>
04/02/2026	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE.
06/02/2026 a 09/02/2026	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
11/02/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA.