

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

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT
 GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012
 FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 007/2025 * PREENCHER COM LETRA DE FORMA
 SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 007/2025 – DE 22 A 26 DE SETEMBRO 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 Superior **4. CARGO AO QUAL CONCORRE**

<input type="checkbox"/> MÉDICO DERMATOLOGISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO INFECTOPEDIATRA 20h	<input type="checkbox"/> MÉDICO CIRURGIÃO GERAL
<input type="checkbox"/> MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO NEFROLOGISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO
<input type="checkbox"/> MÉDICO GINECOLOGISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO NEUROLOGISTA	
<input type="checkbox"/> MÉDICO INFECTOLOGISTA PS PLANTONISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO NEUROPEDIÁTRICO	
<input type="checkbox"/> MÉDICO INFECTOLOGISTA AMBULATÓRIO	<input type="checkbox"/> MÉDICO PSIQUIATRA	
<input type="checkbox"/> MÉDICO INFECTOPEDIATRA 12h	<input type="checkbox"/> MÉDICO UTI PEDIÁTRICO	
	<input type="checkbox"/> MÉDICO CIRURGIÃO DERMATOLÓGICO	

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 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

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT

WWW.ISGSAUDE.ORG

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 007/2025 – DE 22 A 26 DE SETEMBRO DE 2025

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATA	DISCRIMINAÇÃO
15/09/2025	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
22/09/2025 à 26/09/2025	INSCRIÇÕES, HORÁRIO DAS 09:00 ÀS 14:00
02/10/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
03/10/2025	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00
07/10/2025	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE
08/10 a 09/10/2025	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
Até 13/10/2025	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA