

PROCESSO SELETIVO
RESULTADO FINAL E CONVOCAÇÃO

O INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – ISG, organização social gestor do Hospital Regional do Litoral Norte, **DIVULGA RESULTADO FINAL** e a **CONVOCAÇÃO** em ordem de classificação da seleção para a vaga de **MOTORISTA** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CPF	CARGO
1º	Ana Paula de Souza	254951268-58	Motorista
2º	Paulo Lauand Filho	215098898-41	Motorista
3º	Luiz Alberto da Conceição Junior	304850328-56	Motorista
4º	Celso Nunes Moreira Santos	224650468-61	Motorista
5º	George Reis Calheiros de Melo	081090658-99	Motorista
6º	Anderson de Abreu Cardoso	277761258-73	Motorista
7º	Fernando de Souza Cabral	345992358-06	Motorista
8º	José Rodrigues Filho	172965058-93	Motorista
9º	Lionei Vitor Ferreira	183792798-75	Motorista
10º	Fabio Ferreira da Silva	297895038-22	Motorista
11º	Nilcelene dos Santos	090011308-10	Motorista
12º	Jose Cicero de Araujo	106862178-88	Motorista
13º	Anderson dos Reis Cuba	220713068-13	Motorista
14º	Jonathan Costa Castro	358334348-40	Motorista

FICAM, em simultâneo, **CONVOCADO(S)** para **CONTRATAÇÃO IMEDIATA** em ordem de classificação, para a realização/indicação dos exames, conforme nomes abaixo:

NOME(S) DO(S) CONVOCADO(S):

- 1º Ana Paula de Souza
- 2º Paulo Lauand Filho
- 3º Luiz Alberto da Conceição Junior
- 4º Celso Nunes Moreira Santos
- 5º George Reis Calheiros de Melo

As **ROTINAS ADMISSIONAIS**, ocorrerão da seguinte forma, sendo **OBRIGATÓRIA** a presença no horário, data e local, sinalizado abaixo:

- a) **DATA:** 09/03/2020.
- b) **LOCAL:** HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE, localizado na Rua Prudência Sanches Froile Mansano, nº 1200, Caraguatatuba – SP. *Ponto de referência: Atrás do Shopping Serramar.*
- c) **HORÁRIO:** 14:00h.
- d) **DOCUMENTAÇÃO ADMISSIONAL:** será obrigatório portar documentação admissional conforme **ANEXO I**.



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

1. Os candidatos que não comparecerem no local e horários acima indicados, para se submeterem ao **PROCESSO ADMISSIONAL**, perderão a vaga de contratação imediata.
2. As demais convocações dos candidatos para as contratações serão realizadas de mediante a necessidade do serviço, observando a ordem de classificação.
3. Os aprovados na seleção **NÃO** poderão **acumular vínculo dentro da mesma unidade** (Hospital Regional do Litoral Norte), caso isso ocorra o mesmo será automaticamente desclassificado e/ou desligado do quadro de colaboradores.

Caraguatatuba, 06 de Março 2020.

Priscila Machado

Assessora de Gestão de Pessoas

Alexandra Nascimento

Gerente de Gestão de Pessoas

ANEXO I

Nome: _____

Setor: _____ Cargo: _____

Data Admissão: _____ Telefone: _____

DOCUMENTOS	SITUAÇÃO		
	OK	FALTA	DATA DE RECEBIMENTO/ RUBRICA
* CARTEIRA PROFISSIONAL (ORIGINAL E XEROX da FOTO e QUALIFICAÇÃO CIVIL)			
* 01 CÓPIAS DO RG			
* 01 CÓPIAS DO CPF/CIC			
* 01 CÓPIAS DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (LUZ, ÁGUA OU TELEFONE)			
* 01 CÓPIA DO PIS OU PASEP			
* 01 CÓPIA DO TÍTULO DE ELEITOR			
* 01 CÓPIA DO CERTIFICADO MILITAR			
** ASO – ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL			
** 01 FOTOS 3X4 (RECENTES/COLORIDAS)			
** 02 CÓPIAS DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO (ATUALIZADA (HEPATITE B, DUPLA ADULTO E TRÍPLICE VIRAL))			
* 01 CÓPIA HISTÓRICO ESCOLAR DA FORMAÇÃO (ENSINO MÉDIO/GRADUAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO)			
* 01 CÓPIA DA CARTEIRA DO CONSELHO REGIONAL OU FEDERATIVO			
* 01 CÓPIA COMPROVANTE DE REGULARIDADE DO CONSELHO DE CLASSE			
* 01 CÓPIA DO DIPLOMA DO CURSO TÉCNICO			
** 01 CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO, AVERBAÇÃO JUDICIAL OU DECLARAÇÃO OU CARTÓRIO.			
** 01 CÓPIA DE RG E CPF DO CONJUGUE			
** 01 CÓPIA COMPROVANTE DE VACINAÇÃO DOS FILHOS ATÉ 07 ANOS			
** 01 CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 8 ANOS			
** 01 CÓPIA DE RG E CPF DOS FILHOS			
** 01 CÓPIA COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE DOS FILHOS A PARTIR DE 07 ANOS DE IDADE			
** 01 DECLARAÇÃO DE REFERÊNCIA PROFISSIONAL (ÚLTIMO EMPREGO)			
** 01 CÓPIA DO CURRÍCULO			
** 01 CÓPIA DE CARTÃO DE CONTA CORRENTE (para apontamento de AG. E C.C.)			
** 01 CÓPIA DE CARTÃO DE VALE TRANSPORTE			

ATENÇÃO: * ENTREGA OBRIGATÓRIA ** ENTREGA EM ATÉ 24 HORAS

DEMAIS INFORMAÇÕES

EXAME MÉDICO: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

TREINAMENTO DE INTEGRAÇÃO: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

PREENCHEU TERMO DE OPÇÃO DO VALE TRANSPORTE: SIM () NÃO () OPTANTE? SIM () NÃO ()

Carimbo e Assinatura

Carimbo e Assinatura

OBSERVAÇÃO DO GP: As assinaturas previstas são indispensáveis para conclusão do processo de admissão