

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 **ENFERMEIRO UTI – ADULTO** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS

| CLASSIFICAÇÃO | NOME | CPF | CARGO |
|---------------|--|--------------|-------------------------|
| 1º | Marisa Yamada | 290816508-23 | Enfermeiro - UTI Adulto |
| 2º | Cecilia de Camargo | 263245018-76 | Enfermeiro - UTI Adulto |
| 3º | Kelly Maria Gamero | 282395948-32 | Enfermeiro - UTI Adulto |
| 4º | Cristiane Celene Duarte | 267512728-04 | Enfermeiro - UTI Adulto |
| 5º | Karla Lemos Sande Lisboa | 708324805-25 | Enfermeiro - UTI Adulto |
| 6º | Ivanessa Chrystine Machado de Castro | 277250378-02 | Enfermeiro - UTI Adulto |
| 7º | Thiago de Paula da Silva do Nascimento | 332593248-79 | Enfermeiro - UTI Adulto |
| 8º | Maristela Alves Moreira | 366589148-50 | Enfermeiro - UTI Adulto |

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):

7º Thiago de Paula da Silva do Nascimento

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

a) **DATA:** 28/04/2020.

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:** 09:00h.

d) **DOCUMENTAÇÃO ADMISSIONAL:** será obrigatório portar documentação admissional conforme **ANEXO I**.

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.



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE



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, 27 de Abril 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