

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 **FARMACÊUTICO** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CPF	CARGO
1º	Danielle Strejevitch	349143568-48	Farmacêutico
2º	Samantha Cavalcante Garcia Nascimento	366298368-04	Farmacêutico
3º	Erica Mitie Kageyama	353840528-05	Farmacêutico
4º	Larissa Venancio Tamasauskas Yonamine	393877148-88	Farmacêutico
5º	Camila Coelho Araujo	270587838-61	Farmacêutico
6º	Priscila Bulgarelli Graglia	394802528-21	Farmacêutico
7º	Sandra Mara Pessoa Dubiela Bernardo	332497478-07	Farmacêutico
8º	Lilian Rodrigues Perez	351704598-58	Farmacêutico
9º	Fernanda Medeiros Andrade de Oliveira	348427638-09	Farmacêutico
10º	João Souza Filho	364177948-06	Farmacêutico
11º	Pamela Lieckfett Rocha Chagas	383449728-25	Farmacêutico
12º	Patricia Barroso da Silveira Ducca	999018891-20	Farmacêutico
13º	Gleizer Humberto de Paiva Silva	053622476-54	Farmacêutico
14º	Sara Alysson Santos Silva	375437978-01	Farmacêutico
15º	Rachel Macopi Grolla	274859128-36	Farmacêutico
16º	Rafaela Neves Pereira da Silva	342804668-40	Farmacêutico
17º	Camila da Silva Oliveira	311863758-76	Farmacêutico
18º	Lô-Ruama de Paiva Vianini	117533386-70	Farmacêutico
19º	Cassia Cristina Ferreira Rocha	170623138-58	Farmacêutico
20º	Patricia Ruas Mendes da Silva	253706688-09	Farmacêutico
21º	Camila de Almeida Brito	303038628-74	Farmacêutico

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):

5º Camila Coelho Araujo

6º Priscila Bulgarelli Graglia

7º Sandra Mara Pessoa Dubiela Bernardo

**HOSPITAL REGIONAL
DO LITORAL NORTE**

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

a) **DATA:** 07/05/2020.

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.
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, 05 de Maio 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: ____:____

PRENCHERU 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