

Verificado por: _____
Qtd: _____
Data: ____/____/2025
Hora: _____

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE FRANCINE MAIA FRANÇA
GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES
FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2025

SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 001/2025 - DE 15 À 17 DE JANEIRO DE 2025

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	CPF:
RG:	Data Nasc.: / /
E-mail:	Tel. fixo: () Cel: ()

2. ESCOLARIDADE:

Nível Médio Nível Médio Técnico/Profissionalizante Nível Superior

3. CARGO AO QUAL CONCORRE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analista Administrativo PcD | <input type="checkbox"/> Bombeiro Civil PcD | <input type="checkbox"/> Odontólogo PcD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Comunicação PcD | <input type="checkbox"/> Controlador de Acesso | <input type="checkbox"/> Operador de Automação Predial PcD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Departamento Pessoal PcD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro OPME (Órteses, Próteses e Materiais especiais) PcD | <input type="checkbox"/> Operador de CFTV (Circuito Fechado de Televisão) |
| <input type="checkbox"/> Analista de Gestão de Pessoas PcD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro do Trabalho PcD | <input type="checkbox"/> Operador de Teleatendimento PcD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Suprimentos PcD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Generalista PcD | <input type="checkbox"/> Ouvidor PcD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Tecnologia da Informação PcD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Navegador PcD | <input type="checkbox"/> Psicólogo PcD |
| <input type="checkbox"/> Analista de Treinamento PcD | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Oncologia PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de Aparelho Gessado PcD |
| <input type="checkbox"/> Analista Financeiro PcD | <input type="checkbox"/> Engenheiro de Segurança do Trabalho PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de Edificações PcD |
| <input type="checkbox"/> Arquivista PcD | <input type="checkbox"/> Farmacêutico Oncologia PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem do Trabalho PcD |
| <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo PcD | <input type="checkbox"/> Farmacêutico PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem PcD |
| <input type="checkbox"/> Assistente Social PcD | <input type="checkbox"/> Faturista PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de Radiologia PcD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo PcD | <input type="checkbox"/> Maqueiro PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de Saúde Bucal PcD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia PcD | <input type="checkbox"/> Médico do Trabalho PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de Segurança do Trabalho PcD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Rouparia PcD | <input type="checkbox"/> Motorista PcD | <input type="checkbox"/> Técnico de TI PcD |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de Suprimentos PcD | <input type="checkbox"/> Nutricionista PcD | <input type="checkbox"/> Tecnólogo de Radioterapia PcD |

Necessário apresentação das documentações, conforme pré requisito de cada cargo disponível no site: www.isgsaude.org.br

4. POSSUI DEFICIÊNCIA? SIM () NÃO ()

AUDITIVA VISUAL INTELECTUAL MÚLTIPLAS FÍSICA

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 () 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 () 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.

Caraguatatuba, ____/____/2025.

ASSINATURA LEGÍVEL

OSS GESTORA



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE

WWW.ISGSAUDE.ORG.BR

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG

FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 001/2025 – DE 15 À 17 DE JANEIRO DE 2025

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

CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS

DATAS	ATIVIDADE
15/01/2025 à 17/01/2025	Período de Inscrição
À partir do dia 22/01/2025	Início das provas objetivas - Cargos: Controlador de Acesso e Operador de CFTV
À partir do dia 27/01/2025	Início das entrevistas
Até 03/02/2025	Publicação do resultado final de todas as vagas

Todas as convocações e resultados serão divulgados em nosso site: www.isgsaude.org.br