

PROCESSO SELETIVO
RESULTADO FINAL

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

LISTA FINAL DE APROVADOS

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CPF	CARGO
1º	LUCIMARA DOS SANTOS	453313458-08	AUXILIAR DE FARMÁCIA
2º	STEPHANIE SILVA FERREIRA DA CRUZ	473227718-77	AUXILIAR DE FARMÁCIA
3º	ANA CRISTINA FERREIRA DA SILVA	180052068-95	AUXILIAR DE FARMÁCIA
4º	ARTEMÁRIA GONÇALVES SENA SILVERIO	401524778-70	AUXILIAR DE FARMÁCIA
5º	MAYCON DE SOUZA FERREIRA	389337688-74	AUXILIAR DE FARMÁCIA
6º	MICHAEL RIBEIRO	418538338-00	AUXILIAR DE FARMÁCIA
7º	CAIQUE DOMINGUES RAMOS	420560898-58	AUXILIAR DE FARMÁCIA
8º	JHENYFER SUSSAN GOMES DA CONCEIÇÃO	448701478-66	AUXILIAR DE FARMÁCIA
9º	VITOR DE LIMA BISCHOFF	494257858-21	AUXILIAR DE FARMÁCIA
10º	LUANA MOURA DA SILVA	499469568-70	AUXILIAR DE FARMÁCIA
11º	NATÃ BRECANE MIRANDA	358009748-29	AUXILIAR DE FARMÁCIA
12º	JULIANNY MARCELLE SOUZA DE FARIAS MARTINS	412197578-29	AUXILIAR DE FARMÁCIA
13º	TASSILA CRISTINA DA SILVA SOUSA	429108908-21	AUXILIAR DE FARMÁCIA
14º	VIVIANE LOPES VIEIRA	421591118-48	AUXILIAR DE FARMÁCIA
15º	TAMYRIS DELVAGE CARAVAGGIO	347793668-01	AUXILIAR DE FARMÁCIA
16º	DAVID FUGANIOLLI RIBEIRO	312138458-90	AUXILIAR DE FARMÁCIA
17º	ESTELIANA ALBINO	341948548-45	AUXILIAR DE FARMÁCIA
18º	JAMES D HORA DOS SANTOS	233697418-57	AUXILIAR DE FARMÁCIA
19º	LEONARDO CARVALHO GOMES	453143878-75	AUXILIAR DE FARMÁCIA
20º	LUCIANO PATRIK RODRIGUES DE LISBOA	330655068-07	AUXILIAR DE FARMÁCIA
21º	MARIA JOSENILDA DA SILVA LOPES	326505718-61	AUXILIAR DE FARMÁCIA
22º	MAURICIO MATHEUS DOS SANTOS ROSARIO	425351458-80	AUXILIAR DE FARMÁCIA
23º	SUELEN DIAS FELIX	359932048-93	AUXILIAR DE FARMÁCIA
24º	TAISMARA ARAUJO CARDOSO DANTAS	462872558-62	AUXILIAR DE FARMÁCIA
25º	ANA PERLA MARTINS MOREIRA	357433848-19	AUXILIAR DE FARMÁCIA
26º	DARIANE ROBERTA GOMES DE MORAIS SILVA	433293278-12	AUXILIAR DE FARMÁCIA
27º	LUIZ GUSTAVO RIBEIRO DA CUNHA	448823258-29	AUXILIAR DE FARMÁCIA

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):

18º JAMES D HORA DOS SANTOS



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE



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

a) **DATA:** 16/01/2023.

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:** 09:00

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, 12 de janeiro 2023.

Joyce Paulino

Analista de Gestão de Gente

Leandro de Castro Lima

Coordenador de Gestão de Gente

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 (CNH NÃO SUBSTITUI ESSE DOCUMENTO)			
* 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			
* 01 CÓPIA DO CARTÃO SUS			
* 01 FOTO 3X4 (RECENTE/COLORIDA)			
** 02 CÓPIAS DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO (HEPATITE B, DUPLA ADULTO, TRÍPLICE VIRAL E COVID)			
* 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 (CERTIDÃO NEGATIVA)			
* 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 (CNH NÃO SUBSTITUI ESSE DOCUMENTO)			
** 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