

**PROCESSO SELETIVO EDITAL 006/2023**  
**RESULTADO FINAL E CONVOCAÇÃO**

O INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – ISG, organização social gestor do Hospital Regional do Litoral Norte Francine Maia França, **DIVULGA RESULTADO FINAL e a CONVOCAÇÃO** 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	ERICK SOUZA DE ANDRADE	223825488-94	AUXILIAR DE FARMÁCIA
2º	ANNA PAULA RUIZ ABIATTI	289637918-58	AUXILIAR DE FARMÁCIA
3º	WESLEY RODRIGUES COSTA	422197148-70	AUXILIAR DE FARMÁCIA
4º	HERMANO DA SILVEIRA	337317298-57	AUXILIAR DE FARMÁCIA
5º	ANA PAULA ZIMERER VERNEQUE	502649938-45	AUXILIAR DE FARMÁCIA
6º	DANIELA FARIA SIQUEIRA	350016698-98	AUXILIAR DE FARMÁCIA
7º	ELISANDRA MARTINS MAIOLI	289419848-58	AUXILIAR DE FARMÁCIA
8º	GISELE DOS SANTOS SELIS	335863548-19	AUXILIAR DE FARMÁCIA
9º	MATHEUS LEONE DE SIQUEIRA	412185558-23	AUXILIAR DE FARMÁCIA
10º	SABRINA ALVES DINIZ	417202738-55	AUXILIAR DE FARMÁCIA
11º	SARAH ALVES	043510411-02	AUXILIAR DE FARMÁCIA
12º	TOBIAS DOS SANTOS ANDRADE	521896718-17	AUXILIAR DE FARMÁCIA
13º	ANA CRISTINA FERREIRA DA SILVA	180052068-95	AUXILIAR DE FARMÁCIA

FICA, em simultâneo, **CONVOCADO** para **CONTRATAÇÃO IMEDIATA** em ordem de classificação, para a realização/indicação dos exames, conforme nome abaixo:

**NOME DO CONVOCADO:**

1º ERICK SOUZA DE ANDRADE

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

**a) DATA:** 02/10/2023

**b) LOCAL:** HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE, 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, 29 de setembro de 2023.



Renata Flores

Coordenadora de Gestão de Pessoas



Flávia Félix  
Analista de GP HRLN  
INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

Flávia Félix

Analista de Gestão de Pessoas

**ANEXO I**

Nome: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Data Admissão: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

DOCUMENTOS	SITUAÇÃO		
	OK	FALTA	DATA DE RECEBIMENTO/ RUBRICA
* 01 CÓPIA DA CARTEIRA PROFISSIONAL (PÁGINAS DA FOTO E QUALIFICAÇÃO CIVIL OU DIGITAL)			
* 01 CÓPIAS DO RG (CNH NÃO SUBSTITUI ESSE DOCUMENTO)			
* 01 CÓPIAS DO CPF/CIC			
* 01 CÓPIAS DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (LUZ, ÁGUA OU TELEFONE/INTERNET FIXO)			
* 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 ( OU COMPROVANTE COM 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