

**PROCESSO SELETIVO EDITAL 002/2024
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 CONVOCAÇÃO** em ordem de classificação da seleção para a vaga de **ENFERMEIRO GENERALISTA** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CPF	CARGO
1º	SABRINA KOERNER PINHEIRO	046.251.939-23	ENFERMEIRO GENERALISTA
2º	ANDRESSA APARECIDA NAZARO DAS CHAGAS	352.619.088-76	ENFERMEIRO GENERALISTA
3º	RENATA ALEGRETE SODINI	281.184.448-13	ENFERMEIRO GENERALISTA
4º	CIBELE DE PAULA LUCAS	420.732.348-10	ENFERMEIRO GENERALISTA
5º	RENICE APARECIDA DE SOUZA	227.134.398-41	ENFERMEIRO GENERALISTA
6º	CAMILA RIBEIRO LOPES DE ASSIS	384.400.428-92	ENFERMEIRO GENERALISTA
7º	ÉVILIM DAYANE DA SILVA	378.396.618-31	ENFERMEIRO GENERALISTA
8º	KAUANA MONTEIRO PEROZIN	403.745.778-46	ENFERMEIRO GENERALISTA
9º	SAMIRA STEFANIA BRAZ	339.593.638-42	ENFERMEIRO GENERALISTA
10º	MARCELI RODRIGUES FILARDI	174.611.158-55	ENFERMEIRO GENERALISTA
11º	JULIANA TAIS DE LUCCA SANTOS	277.811.348-77	ENFERMEIRO GENERALISTA

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):

10º MARCELI RODRIGUES FILARDI

11º JULIANA TAIS DE LUCCA SANTOS

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

a) DATA: 30/07/2024

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: 14:00

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

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Os candidatos que não comparecerem no local e horários acima indicados, para se submeterem ao **PROCESSO ADMISSIONAL**, perderão a vaga de contratação imediata.
- 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, 30 de julho de 2024.



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