

PROCESSO SELETIVO EDITAL 008/2022
RESULTADO FINAL E CONVOCAÇÃO

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 **ENFERMEIRO GENERALISTA** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS

| CLASSIFICAÇÃO | NOME | CPF | CARGO |
|---------------|-----------------------------------|--------------|------------------------|
| 1º | JAQUELINE GOMIDE LOPES CARMONA | 325446468-02 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 2º | TATY LIMA CORDEIRO DE ALMEIDA | 286897138-59 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 3º | CAROLINA BARBOSA DA SILVA | 450324738-71 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 4º | CAMILA LEMOS SALDINI | 353197118-24 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 5º | ANTONIO MARCOS SOARES MARREIRO | 138436578-82 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 6º | TANIA SAEMI MIURA | 220848258-14 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 7º | ISABELE DE OLIVEIRA SILVA TENÓRIO | 245862308-51 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 8º | MARCIA SIMONE ANASTACIO | 141589868-50 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 9º | TEREZA APARECIDA RAMOS | 185458198-89 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 10º | VALDENORA XAVIER LEITE FREIRE | 336450908-51 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 11º | MARCELE CRISTINA FERRARI | 353119898-07 | 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):

1º JAQUELINE GOMIDE LOPES CARMONA

2º TATY LIMA CORDEIRO DE ALMEIDA

3º CAROLINA BARBOSA DA SILVA

4º CAMILA LEMOS SALDINI

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

a) DATA: 01/12/2022.

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, 29 de novembro 2022.



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 |
| * 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: ____:____



HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE

