

**PROCESSO SELETIVO EDITAL 007/2023  
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 CONVOCAÇÃO** em ordem de classificação da seleção para a vaga de **TÉCNICO DE ENFERMAGEM** na forma a seguir disposta.

**LISTA FINAL DE APROVADOS**

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CPF	CARGO
1º	SAMARA LOPES FERNANDES	393.734.818-27	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
2º	LILIANE AMARO DOS REIS FONTES	453.435.488-65	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
3º	RAPHAEL BRUNO SANTANA DA CONCEIÇÃO	793.395.302-68	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
4º	MARIA BEATRIZ BARBOSA PEREIRA	070.497.089-92	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
5º	RAFAEL ALMEIDA MARQUES	230.114.968-46	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
6º	WARLEY SILVA PEREIRA DOS SANTOS	469.429.578-01	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
7º	SHEILA ALEXANDRA DE ANDRADE	212.463.318-02	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
8º	CARINA COELHO DA SILVA	290.054.548-06	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
9º	CARLOS EDUARDO GUIGNONI	258.218.528-03	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
10º	ALESSANDRO SENA HENRIQUE	538.018.178-30	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
11º	DANIEL RICARDO ZIA	223.461.548-81	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
12º	ELIANA CRISTINA OTILIA GARCIA	469.741.758-50	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
13º	IZABEL CRISTINE XAVIER COSTA DINIZ	306.380.148-83	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
14º	ADRIANA BARBOSA FARIA OLIVEIRA	196.185.848-79	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
15º	JOSIANE CARDOSO DA SILVA	316.222.378-46	TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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 SAMARA LOPES FERNANDES

2º LILIANE AMARO DOS REIS FONTES

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

**a) DATA:** 26/12/2023

**b) LOCAL:** HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE, localizado na Rua Prudência Sanches Froile Mansano, nº 1200, Caraguatuba – 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, 22 de dezembro de 2023.



Renata Flores

Coordenadora de Gestão de Pessoas

  
Flávia Felix  
ANALISTA DE G.P. - HRLN  
INSTITUTO SÓCRATES GUAÃES

Flávia Felix

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