

**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 **TÉCNICO DE ENFERMAGEM** na forma a seguir disposta.

**LISTA FINAL DE APROVADOS**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME                                | CPF          | CARGO                 |
|---------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------|
| 1º            | AMILCAR SANTOS DA CRUZ              | 445248878-14 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 2º            | LUANA GABRIELY CUSTODIO SANTOS      | 509417158-50 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 3º            | GESSICA RAMALHO DE OLIVEIRA         | 471058008-10 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 4º            | KELLY DE OLIVEIRA REIS              | 117697866-78 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 5º            | MARIA APARECIDA OLIVEIRA SERAFIM    | 383477428-63 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 6º            | MICHELE PEREIRA DA SILVA            | 038170043-70 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 7º            | MYLENA FERNANDA CONCEIÇÃO           | 374891388-50 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 8º            | ANNA CAROLINA PEREIRA JOANA         | 431779888-38 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 9º            | GABRIELA DE OLIVEIRA CORREIA SOUZA  | 425499848-11 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 10º           | BIANCA OLIVEIRA LOBATO              | 520020628-62 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 11º           | MARIA ANADIA MACEDO SOARES          | 956383183-72 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 12º           | PAMELA DE OLIVEIRA RODRIGUES SANTOS | 435858268-06 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 13º           | RAFAEL BARBOSA DE OLIVEIRA          | 352576648-36 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 14º           | VIVIAN JANUARIO DA SILVA            | 296284818-43 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 15º           | RAQUEL DOS SANTOS PAULA SANTANA     | 278070948-00 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 16º           | ROSEMEIRE TOMAZ DOS SANTOS          | 799800666-87 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 17º           | ERIKA DE FATIMA DAVID               | 215889858-57 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 18º           | LUIZ AUGUSTO DIAS                   | 041620176-89 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 19º           | RODRIGO AUGUSTO DE LUCENA           | 262976578-40 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 20º           | ROSEMEIRE DE OLIVEIRA COELHO        | 215756158-78 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 21º           | SABRINA PEREIRA DA SILVA            | 463360918-13 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 22º           | SARAH MARTINS FERREIRA              | 521949058-39 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 23º           | STEPHANIE CHALES DJALMA             | 452749818-52 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 24º           | STEPHANY NASCIMENTO DE MELO         | 363313648-70 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 25º           | TERESA NATHIELY COSTA DA SILVA      | 080091763-46 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 26º           | THAIS DAMASIO DOS SANTOS            | 132514446-03 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 27º           | VANESSA DOS SANTOS DUARTE           | 336856608-37 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 28º           | VIVIANE FERREIRA                    | 264029188-22 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 29º           | IZABELLA PRUDÊNCIO MELO             | 390839808-80 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 30º           | CAROLINE MELLO VILLAGRA LIRA        | 050569451-45 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 31º           | BRUNO ALVES DE ALVARENGA            | 504184908-05 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 32º           | CRISTIANE LOPES BATISTA FERRACINI   | 646763405-59 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM |
| 33º           | ANA CAROLINA FREITAS DE MOURA       | 426032708-93 | 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 AMILCAR SANTOS DA CRUZ
- 2º LUANA GABRIELY CUSTODIO SANTOS
- 3º GESSICA RAMALHO DE OLIVEIRA
- 4º KELLY DE OLIVEIRA REIS
- 5º MARIA APARECIDA OLIVEIRA SERAFIM
- 6º MICHELE PEREIRA DA SILVA

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

a) **DATA:** 11/09/2023

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 ADMISSONIAL:** 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 ADMISSONIAL**, 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, 06 de setembro 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/<br>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