

PROCESSO SELETIVO EDITAL 001/2022
RESULTADO FINAL E CONVOCAÇÃO

O INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – ISG, organização social gestor do Hospital Regional do Litoral Norte, **DIVULGA RESULTADO FINAL** e a **CONVOCAÇÃO** em ordem de classificação da seleção para a vaga de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS

QTD	NOME	CPF	CARGO
1º	ANA PAULA DE SOUZA CUNHA	222748148-05	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD
2º	GABRIEL CARLOS GRANAI	456483308-12	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD
3º	YASMIN CASELLA DE PAULA	463490388-19	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD
4º	GUILHERME POIROT OLIVEIRA SILVA	494627438-35	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD
5º	ELIANO LUCAS DA SILVA	275610858-85	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD
6º	APARECIDA DE FATIMA FRANCISCO	161862948-46	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD
7º	GISELLE ARAUJO BARBOSA DA SILVA	331742788-48	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD
8º	JAINÉ SERAFIM ESTANISLAU	400503538-88	AUXILIAR ADMINISTRATIVO PCD

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):

5º ELIANO LUCAS DA SILVA

6º APARECIDA DE FATIMA FRANCISCO

7º GISELLE ARAUJO BARBOSA DA SILVA

8º JAINÉ SERAFIM ESTANISLAU

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

a) **DATA:** 04/07/2022.

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:** 09:00h.

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



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE



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, 30 de junho 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
* CARTEIRA PROFISSIONAL (ORIGINAL E XEROX da FOTO e QUALIFICAÇÃO CIVIL)			
* 01 CÓPIA DO RG			
* 01 CÓPIA DO CPF/CIC			
* 01 CÓPIA DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (SE POSSUIR)			
* 01 CÓPIA DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (LUZ, ÁGUA OU TELEFONE)			
* 01 CÓPIA DO PIS OU PASEP ATUALIZADO			
* 01 CÓPIA DO TÍTULO DE ELEITOR			
* 01 CÓPIA DO CERTIFICADO MILITAR			
** 01 FOTO 3X4 (RECENTES/COLORIDAS)			
** 02 CÓPIAS DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO (HEPATITE B, DUPLA ADULTO, TRÍPLICE VIRAL E COVID)			
** 01 CÓPIA DO CARTÃO SUS			
* 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			
* 01 CÓPIA DO DIPLOMA DO CURSO TÉCNICO OU SUPERIOR			
** 01 CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO, AVERBAÇÃO JUDICIAL OU DECLARAÇÃO OU CARTÓRIO.			
** 01 CÓPIA DE RG E CPF DO CONJUGUE			
** 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 (PARA APONTAMENTO DE AG. E C.C.)			
** 01 CÓPIA DE CARTÃO DE VALE TRANSPORTE			

ATENÇÃO: * ENTREGA OBRIGATÓRIA ** ENTREGA EM ATÉ 48 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