

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 **AUXILIAR DE FARMÁCIA** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS

CLASSIFICAÇÃO	NOME	CPF	CARGO
1º	ERICK SOUZA DE ANDRADE	223825488-94	AUXILIAR DE FARMÁCIA
2º	ANNA PAULA RUIZ ABIATTI	289637918-58	AUXILIAR DE FARMÁCIA
3º	WESLEY RODRIGUES COSTA	422197148-70	AUXILIAR DE FARMÁCIA
4º	HERMANO DA SILVEIRA	337317298-57	AUXILIAR DE FARMÁCIA
5º	ANA PAULA ZIMERER VERNEQUE	502649938-45	AUXILIAR DE FARMÁCIA
6º	DANIELA FARIA SIQUEIRA	350016698-98	AUXILIAR DE FARMÁCIA
7º	ELISANDRA MARTINS MAIOLI	289419848-58	AUXILIAR DE FARMÁCIA
8º	GISELE DOS SANTOS SELIS	335863548-19	AUXILIAR DE FARMÁCIA
9º	MATHEUS LEONE DE SIQUEIRA	412185558-23	AUXILIAR DE FARMÁCIA
10º	SABRINA ALVES DINIZ	417202738-55	AUXILIAR DE FARMÁCIA
11º	SARAH ALVES	043510411-02	AUXILIAR DE FARMÁCIA
12º	TOBIAS DOS SANTOS ANDRADE	521896718-17	AUXILIAR DE FARMÁCIA
13º	ANA CRISTINA FERREIRA DA SILVA	180052068-95	AUXILIAR DE FARMÁCIA

FICAM, em simultâneo, **CONVOCADOS** para **CONTRATAÇÃO IMEDIATA** em ordem de classificação, para a realização/indicação dos exames, conforme nome abaixo:

NOME DOS CONVOCADOS:

- 2º ANNA PAULA RUIZ ABIATTI
- 3º WESLEY RODRIGUES COSTA
- 4º HERMANO DA SILVEIRA

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

a) DATA: 13/10/2023

b) LOCAL: HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE, 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, 11 de outubro de 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/ 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