

**PROCESSO SELETIVO EDITAL 002/2024
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	ANA VITORIA SODRE SOARES SANTOLAIA	349.161.788-07	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
2º	JESSICA BENTO DA SILVA	328.472.058-88	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
3º	SHELEY CRISTINA PEREIRA DOS SANTOS	423.981.608-40	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
4º	MILENE SUELI GOMES ORTIZ BARBOSA	060.621.356-22	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
5º	JESSICA DE ALMEIDA SANTOS	400.223.438-06	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
6º	DANIELA CRISTINA DA SILVA LIMA	293.669.168-05	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
7º	MATHEUS FRANCA NASCIMENTO	475.207.838-47	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
8º	THAINÁ DOS SANTOS ROCHA	453.958.348-42	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
9º	MARLI DE OLIVEIRA COSTA	316.864.728-46	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
10º	JUCELENE DIAS DO NASCIMENTO	344.589.128-10	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
11º	BRUNO DE OLIVEIRA SANTOS BARBOSA	449.322.558-02	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
12º	MARINA DA SILVA DA CRUZ	422.137.908-17	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
13º	TALITA PEREIRA DE SOUZA	079.655.114-60	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
14º	JULIANA CARDOSO VIRGILIO	277.273.988-02	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
15º	ALEXANDRE ZAMPARINI SIQUEIRA	422.746.818-30	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
16º	ODAIR MARCELLO	172.898.328-25	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
17º	KAREN JOHANSEN SILVA	435.899.228-50	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
18º	ANA KAROLINE CONDE MOMESSO	418.020.688-99	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
19º	TABATA CAROL AIRES	386.974.998-95	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
20º	JHIMMY CRISTHIAN CANO DA SILVA	502.931.198-05	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
21º	LETICIA DA SILVA MOREIRA	434.426.128-37	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
22º	RAPHAELA DE OLIVEIRA PUPO	423.636.468-94	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
23º	ANGELA LIMA DUARTE FERREIRA	384.062.478-94	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
24º	MARCUS VINICIUS PELEGRINI DIAS	096.469.266-06	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
25º	ANGELICA MENEZES DOS SANTOS	378.506.998-74	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
26º	DAIANE FERREIRA DA SILVA CARVALHO	397.909.188-01	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
27º	PAULO LUCAS CABRAL DA SILVA	481.268.478-16	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
28º	JAMILE LEMOS TEODORO	395.194.028-02	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
29º	ARIANE SILVA BERTOLDO	452.663.218-06	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
30º	ALEXANDER TEIXEIRA VIEIRA	418.003.558-82	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
31º	VANESSA NOVAIS DOS SANTOS SOARES	301.257.388-70	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
32º	SILVIA MARIA SANTOS DE PAULA MAXIMO	338.633.978-60	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
33º	VIVANE CRISTINA ALVES AMARAL	290.785.408-93	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
34º	LETICIA NAVAS RAPOSO BRANDAO	416.074.678-01	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
35º	FABIANE MESQUITA FERNANDES DA SILVA	328.472.888-05	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
36º	MAÍSA DE SOUZA DOS SANTOS	011.079.401-09	TÉCNICO DE ENFERMAGEM

37º	GABRIELA SOUZA MACEDO	435.154.978-54	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
38º	CINTHIA FERREIRA SOUSA	341.565.358-78	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
39º	LETICIA VITÓRIA SILVA DE JESUS	504.097.118-45	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
40º	JEAN AUGUSTO MADEIRA	432.730.268-63	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
41º	MARIA DE LOURDES FERREIRA	128.384.278-57	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
42º	JOREL DE JESUS FREITAS	440.121.258-42	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
43º	KATIA CHAGAS TELES	265.687.678-83	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
44º	AUGUSTO FERNANDO ROMERO	010.414.060-70	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
45º	LARISSA SANTOS MARTINS DE SOUSA	407.865.058-93	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
46º	LUDMILE CRISTINE SILVA DOS SANTOS	398.051.788-89	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
47º	LAIS SIQUEIRA	415.607.478-11	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
48º	LUCIANA AVELINO	318.202.778-60	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
49º	MILENE CASSIA DE JESUS	483.429.588-50	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
50º	NATALIA CLARA GARCIA DE SOUZA	441.241.498-16	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):

37º GABRIELA SOUZA MACEDO

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

a) **DATA:** 03/07/2024

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:** 14:00

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

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Os candidatos que não comparecerem no local e horários acima indicados, para se submeterem ao **PROCESSO ADMISSIONAL**, perderão a vaga de contratação imediata.
- As demais convocações dos candidatos para as contratações serão realizadas de mediante a necessidade do serviço, observando a ordem de classificação.
- 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, 03 de julho de 2024.



Renata Flores

Coordenadora de Gestão de Pessoas

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