

PROCESSO SELETIVO
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 **TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO** na forma a seguir disposta.

LISTA FINAL DE APROVADOS - AMPLA CONCORRÊNCIA

| CLASSIFICAÇÃO | NOME | CPF | CARGO |
|---------------|-------------------------------|--------------|--------------------------|
| 1º | Elaine Cristina Martins | 285448508-47 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 2º | Adilson Soares Mendes | 124064678-05 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 3º | Lucio Alves de Oliveira | 263301398-81 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 4º | Sandro Luis Chagas da Silva | 190515078-44 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 5º | Julio Cesar Eufrazio Santana | 221783048-18 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 6º | Paloma Regina Ferreira Laiola | 304029738-44 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 7º | José Antonio Filho | 109556088-30 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 8º | Taina Barbosa de Almeida | 141583728-79 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 9º | Rafael de Almeida Oliveira | 301505038-90 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 10º | Noemi Oliveira de Santana | 361168538-03 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 11º | Marcio da Silva Siqueira | 114692708-89 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 12º | Israel Fernando Zaine | 281722838-30 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 13º | Ronie Rodrigues de Carvalho | 335203068-59 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 14º | Cristina Donizete Benedicto | 121871978-83 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 15º | Abraham Lincoln Vieira Gomes | 109816578-00 | Téc. de Seg. do Trabalho |
| 16º | Jokasta da Silva Neto | 921457792-72 | Téc. de Seg. do Trabalho |

LISTA FINAL DE APROVADOS – PESSOA COM DEFICIÊNCIA/PCD

| CLASSIFICAÇÃO | NOME | CPF | CARGO |
|---------------|--------------------|--------------|--------------------------|
| 1º | Cleber Brito Alves | 319784728-89 | Téc. de Seg. do Trabalho |

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

NOME(S) DO(S) CONVOCADO(S):

- 1º Cleber Brito Alves
- 2º Adilson Soares Mendes

**HOSPITAL REGIONAL
DO LITORAL NORTE**

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

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

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:** 10:00h.

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, 01 de abril 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 CÓPIAS DO RG | | | |
| * 01 CÓPIAS DO CPF/CIC | | | |
| * 01 CÓPIAS DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (LUZ, ÁGUA OU TELEFONE) | | | |
| * 01 CÓPIA DO PIS OU PASEP | | | |
| * 01 CÓPIA DO TÍTULO DE ELEITOR | | | |
| * 01 CÓPIA DO CERTIFICADO MILITAR | | | |
| ** ASO – ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL | | | |
| ** 01 FOTOS 3X4 (RECENTES/COLORIDAS) | | | |
| ** 02 CÓPIAS DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO (ATUALIZADA (HEPATITE B, DUPLA ADULTO E TRÍPLICE VIRAL)) | | | |
| * 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 | | | |
| ** 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 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