

**PROCESSO SELETIVO EDITAL 001/2023  
RESULTADO FINAL E CONVOCAÇÃO**

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

**LISTA FINAL DE APROVADOS**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME                                   | CPF          | CARGO                  |
|---------------|--|--------------|------------------------|
| 1º            | CAMILA MOREIRA SERRA E SILVA MELO      | 023043003-16 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 2º            | FLAVIA MARIA VIANA FIGARO              | 335929608-73 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 3º            | SAMIRA STEFANIA BRAZ                   | 339593638-42 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 4º            | KARINA CRISTINA MARETTI MORI           | 367376688-01 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 5º            | TATIANA MARINALVA ALBERTO              | 294387978-90 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 6º            | MARCELLY CAROLINE ALVES CORREIA RANGEL | 105608176-73 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 7º            | CLAUDIA DE SOUZA FELIX ALVES           | 347889048-96 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 8º            | GIULIA NAOMI MENDES YAMAUTI            | 381337268-59 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 9º            | IZABELLA GOMES DE OLIVEIRA CARDOSO     | 472925458-90 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 10º           | TATIANA KUCHINER JANOVSKY              | 289187938-47 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 11º           | TIARA RODRIGUES RIBEIRO                | 386237128-03 | ENFERMEIRO GENERALISTA |
| 12º           | GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS PITA        | 439329058-57 | ENFERMEIRO GENERALISTA |

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 CAMILA MOREIRA SERRA E SILVA MELO
- 2º FLAVIA MARIA VIANA FIGARO
- 3º SAMIRA STEFANIA BRAZ
- 4º KARINA CRISTINA MARETTI MORI
- 5º TATIANA MARINALVA ALBERTO
- 6º MARCELLY CAROLINE ALVES CORREIA RANGEL-

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

**a) DATA:** 24/01/2023

**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



## HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL NORTE



**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, 19 de janeiro de 2023.

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/<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