



EDITAL Nº 2024.6, SELEÇÃO PARA FARMACÊUTICO(A)

Nº CONVOCAÇÃO: 1º Convocação

A Santa Casa de Misericórdia de Sobral (Hospital do Coração), por meio do Departamento de Recursos Humanos convoca candidatos(a) aprovados(s) no Edital de Seleção 2024.6 para **FARMACÊUTICO**, para assumir vaga de emprego. O(A) candidato(a) convocado(a) deverá comparecer no período de 27/02/2024 à 28/02//2024, nos horários de 07h30min às 11h00min e de 13h30 às 17h0min.

Salientamos que o candidato que não comparecer no período definido, perderá sua vaga, devendo assim, ser convocado o próximo candidato classificado.

Local para comparecimento: Setor de Recursos Humanos do Hospital do Coração

| NOME | CLASSIFICAÇÃO |
|-----------------------|-----------------|
| MARCIA JORDANA ARAUJO | 1º CLASSIFICADO |

Sobral – CE, 22 de janeiro de 2024.

José Carlos Marinho Souza

Gerente de R.H da Santa Casa de Misericórdia
de Sobral (Hospital do Coração)



ANEXO I

| FORMULÁRIO CHECKLIST PARA ADMISSÃO DE EMPREGADOS | | | |
|---|----------------------------|--------------------|--------|
| NOME DO CANDIDATO: | DATA | CARGO DE ADMISSÃO: | |
| | ADMISSÃO: | | |
| NOME DO DOCUMENTO | QTDE. | DE | STATUS |
| | CÓPIAS | | |
| Certidão de Nascimento e/ou Casamento – (CPF do cônjuge) | 02 | Cópias | |
| CTPS (Xerox e Original) | 02 | Cópias | |
| Fotos 3X4 | 01 | Cópias | |
| Registro de Identidade – RG | 02 | Cópias | |
| CPF | 02 | Cópias | |
| Título de Eleitor | 02 | Cópias | |
| Carteira do Conselho de Classe | 02 | Cópias | |
| Certificado de Reservista ou Certificado de Dispensa (CDI) | 01 | Cópia | |
| Comprovante de Residência atualizado | 02 | Cópias | |
| Certidão de PIS Ativo (Solicitar junto à Caixa Econômica Federal) | 02 | Cópias | |
| Certidão de Antecedentes Criminais | 01 | Cópia | |
| Certidão Negativa de Débito do Conselho de Classe | 01 | Cópia | |
| Comprovante de Escolaridade | 02 | Cópias | |
| Certificado de Cursos Técnico, Graduação e Especialização. | 02 | Cópias | |
| Outros documentos que queiram apresentar (Ex. certificado de cursos) | 01 | Cópias | |
| Cartão Nacional do SUS (CNS) | 02 | Cópia | |
| Cartão de Vacina é obrigatório está atualizado | 02 | Cópias | |
| Uso Exclusivo do S.E.S.M.T | Parecer | Inicial | do |
| Validação do Cartão de Vacina | S.E.S.M.T | | |
| HEPATITE B [] TÉTANO [] COVID 19 [] | | | |
| Observações: _____ | | | |
| _____ | Parecer Final do S.E.S.M.T | | |
| (Quando possuir dependentes: Certidão de Nascimento, CPF, Cartão de Vacina dos filhos até seis anos, Declaração de Colégio de filhos a partir de sete anos). | | | |
| Declaro para os devidos fins, que estou ciente que deverei regularizar minha situação vacinal em um prazo de 48 horas, sob pena de cancelamento de minha admissão. | | | |

