

EDITAL Nº 2024.10, SELEÇÃO PARA ENFERMERIO GENERALISTA

Nº CONVOCAÇÃO: 3º 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 2023.10 para Assistente Administrativo Aprendiz, para assumir vaga de emprego. O(A) candidato(a) convocado(a) deverá comparecer no período de 07/03/2024 à 08/03/2024, 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
JOSE GLEYDSON NASCIMENTO LIMA	6º CLASSIFICADO
LUCAS PEREIRA VIANA	7º 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 ADMISSÃO:	CARGO DE ADMISSÃO:	
NOME DO DOCUMENTO		QTDE. DE CÓPIAS	STATUS	
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 S.E.S.M.T		
Validação do Cartão de Vacina 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.				