

EDITAL Nº 2024.1, SELEÇÃO PARA ENFEMEIROS GENERALISTA

Nº CONVOCAÇÃO: 6º 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 2024.1 para **ENFEMEIROS GENERALISTA**, para assumir vaga de emprego. O(A) candidato(a) convocado(a) deverá comparecer no período de 19/06/2024 à 20/06//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 |
|---------------------|----------------------|
| LARA SILVA DE SOUSA | 8º CLASSIFICADO(A) |

Sobral – CE, 18 de junho 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 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 | |
| Titulo 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 Debito 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). | | | |





HOSPITAL DO CORAÇÃO
Padre José Linhares Ponte

HOSPITAL DO CORAÇÃO | Padre José Linhares Ponte

Av. Geraldo Rangel, 715 - Bairro Derby – Sobral/CE – CEP 62042-240
CNPJ: 07.818.313/0007-96

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.

(88)3677-8500

hc@stacasa.com.br

www.hcsobral.com.br

