

**EDITAL Nº 2024.2, ASSISTENTE ADMINISTRATIVO/APRENDIZ**

**Nº CONVOCAÇÃO:** 8ª 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 2024.2 para **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO/APRENDIZ**, para assumir vaga de emprego. O(A) candidato(a) convocado(a) deverá comparecer no período de 20/01/2025 à 21/01/2025, 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

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
CARLOS EDUARDO NASCIMENTO GREGORIO	12º CLASSIFICADO

Sobral – CE, 20 de janeiro de 2025

**Atenciosamente,**

**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:	QTDE. DE	STATUS
NOME DO DOCUMENTO		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	
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 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	
<b>Cartão de Vacina é obrigatório está atualizado</b>		<b>02 Cópias</b>	
<b>Uso Exclusivo do S.E.S.M.T</b>		Parecer Inicial do	
Validação do Cartão de Vacina		S.E.S.M.T	
HEPATITE B [ ] TÉTANO [ ] COVID 19 [ ]			
Observações: _____			
_____			
_____			
<b>(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).</b>			
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.			

