

EDITAL Nº 2025.16 – AUXILIAR DE COZINHEIRO (A)

Nº CONVOCAÇÃO: 1ª Convocação

A Santa Casa de Misericórdia de Sobral (Hospital do Coração), por meio do Departamento de Recursos Humanos convoca os(as) candidatos(as) aprovados(as) no Edital de Seleção 2025.16 para **AUXILIAR DE COZINHEIRO (A)**, para assumir vaga de emprego. Os(As) candidatos(as) convocados(as) deverão comparecer no período de 23/09/2025 à 24/09/2025, nos horários de 07h30min às 11h00min e de 13h30 às 17h0min.

Comunicamos que os candidatos convocados serão lotados no Hotel Visconde, de acordo com o item **1.2. Abrangência da Seleção do Edital**.

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
ROMÁRIO JACINTO LOPES	1º CLASSIFICADO(A)
ANTONIO KELSON PEREIRA ARAUJO	2º CLASSIFICADO(A)

Sobral – CE, 22 de Setembro de 2025

Atenciosamente,

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)	01 Cópia		
CTPS (Xerox e Original)	01 Cópia		
Fotos 3X4	01 Cópia		
Registro de Identidade – RG	01 Cópia		
CPF	01 Cópia		
Título de Eleitor	01 Cópia		
Carteira do Conselho de Classe	01 Cópia		
Certificado de Reservista ou Certificado de Dispensa (CDI)	01 Cópia		
Comprovante de Residência atualizado	01 Cópia		
Certidão de PIS Ativo (Solicitar junto à Caixa Econômica Federal)	01 Cópia		
Certidão de Antecedentes Criminais	01 Cópia		
Certidão Negativa de Débito do Conselho de Classe	01 Cópia		
Comprovante de Escolaridade	01 Cópia		
Certificado de Cursos Técnico, Graduação e Especialização.	01 Cópia		
Outros documentos que queiram apresentar (Ex. certificado de cursos)	01 Cópia		
Cartão Nacional do SUS (CNS)	01 Cópia		
Cartão de Vacina é obrigatório está atualizado	01 Cópia		
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.			

