

EDITAL Nº 2026.04 – 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 candidato(a) aprovado(a) no Edital de Seleção 2026.04 para **AUXILIAR DE COZINHEIRO(A)**, para assumir vaga de emprego. O(a) candidato(a) convocado(a) deverá comparecer no período de 12/03/2026 a 13/03/2026, nos horários de 07h30min às 11h00min e de 13h30 às 17h0min.

Comunicamos que o(a) candidato(a) convocado(a) será lotado(a) no Hospital do Coração, de acordo com o item **1.2. Abrangência da Seleção do Edital**.

Comunicamos que o(a) candidato(a) 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

CPF/IDENTIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
019.27*****92	1º CLASSIFICADO(A)

Sobral – CE, 11 de março de 2026

Atenciosamente,

Assistente de Departamento Pessoal.

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		
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)	01 Cópia		
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)	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.			

