



PROCESSO SELETIVO EM CARÁTER EMERGENCIAL

EDITAL Nº 001/2021 – UNIDADES ISAC ARAGUAINA-TO

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA PROCESSO SELETIVO EMERGENCIAL
VISANDO À CONTRATAÇÃO DE PESSOAL POR PRAZO DETERMINADO.

O **INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA – ISAC**, Organização Social em Saúde no âmbito do Município de Palmas (TO), torna pública a realização do processo seletivo para **CONTRATAÇÃO IMEDIATA** para prazo Determinado, para o cargo de **Enfermeiro(a), Farmacêutico(a), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Técnico(a) de Enfermagem a ser lotado no Hospital Municipal de Campanha localizado na Rua Central, 716, Vila Norte, Araguaína TO, no Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – Anexo Covid 19 localizada na Av. Perimetral N-650 Loteamento Manoel Gomes da Cunha, a Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h Anatólio Dias Carneiro – Anexo Covid 19 localizada na Rua dos Pinheiros N-1018 Setor Raizal e Demais Unidades de Atendimento Covid 19 Araguaína TO, contratados sob o Regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e sob a responsabilidade da Equipe Técnica do ISAC.**

CONVOCAÇÃO PARA ADMISSÃO

A serem lotados **NA UTI COVID19 DO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA localizado na Avenida Tocantins S/N, Setor Anhanguera, Araguaína – TO CEP 77818-550 Hospital Municipal de Campanha localizado na Rua das Hortencias S/N Jardim das Flores, Araguaína TO, No Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – localizada na Av. Perimetral N-650 Loteamento Manoel Gomes da Cunha e Demais Unidades de Atendimento Covid 19 Araguaína TO,** contratados sob o Regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e sob a responsabilidade da Equipe Técnica do ISAC.

1. O candidato aprovado e listado abaixo deverá comparecer ao **no Hospital Municipal de Araguaína Dr. Eduardo Medrado – localizada na Av. Perimetral N- 650 Loteamento Manoel Gomes da Cunha Araguaína - TO,** no dia 19 de Março de 2021 das 08h00 às 17h00 para retirar o encaminhamento de exames laboratoriais, não podendo realizar em outro momento;
2. O candidato aprovado deverá apresentar a documentação solicitada na relação abaixo, bem como toda a documentação comprobatória das informações prestadas no ato da inscrição dentro do período de 19 a 23 de Março de 2021.
3. O candidato deverá apresentar a ficha de admissão, disponibilizada abaixo junto a lista de documentos desta publicação impressa e preenchida.



NOME	CARGO	PONTUAÇÃO	SITUAÇÃO
ADRIANA AIRES ANDRADE	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
EMILYANA LAUNÉ AMORIM	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
JULLIANE BARROS PARREÃO	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
LEANDRO FLORES DA MOTA	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
LEYLANE GOMES MADEIRA	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
MARIANA MARQUES DE MELO CORADO	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
MARTA MAYARA SOUSA MIRANDA	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
VANESSA DA ROCHA MAIA	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
WELITA GOMES DA PAIXAO MELO	ENFERMEIRO(A)	80	CLASSIFICADO
MYRNA ELLANE DIAS COSTA	ENFERMEIRO(A)	70	CLASSIFICADO
PAULA THATYANY SILVA PESSOA LIMA	ENFERMEIRO(A)	70	CLASSIFICADO
SUANY AQUINO DIAS	ENFERMEIRO(A)	70	CLASSIFICADO
THAIS LOURRANE VIEIRA RODRIGUES BARROS	ENFERMEIRO(A)	70	CLASSIFICADO

Prezado (a) colaborador (a);

O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância, uma vez que vai possibilitar a identificação de todas as divergências cadastrais existentes no âmbito interno da empresa e também dos órgãos oficiais.

Deste modo solicitamos a leitura atenta e preenchimento de todos os campos abaixo:

ITENS	DADOS DO TRABALHADOR
01	Nome do Trabalhador:
02	Cargo:
03	Horário de trabalho:
04	Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros No caso de ser casado ou possuir união estável Nome do cônjuge: Data de Nascimento: CPF:
05	Raça e Cor: () Indígena () Branca () Negra () Amarela de origem japonesa, coreana etc. () Parda (declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça () Não informado
INFORMAÇÕES DE CONTATO	
06	Número de telefone fixo do trabalhador:
07	Número de telefone móvel do trabalhador:
08	Endereço eletrônico principal:
PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: () Sim () Não	
09	Deficiência motora: () Sim () Não



10	Deficiência visual: () Sim () Não
11	Deficiência auditiva: () Sim () Não
12	Reabilitado: () Sim () Não
INFORMAÇÕES BANCÁRIAS	
13	Nome do banco:
14	Tipo da Conta: () Conta Corrente () Conta poupança () Outra: Qual:
15	Código da agência:
16	Conta bancária:
INFORMAÇÕES DO VÍNCULO DO EMPREGO	
17	Primeiro emprego: () Sim () Não
DADOS GERAIS DO CONTRATO	
18	Múltiplos vínculos trabalhistas: () Sim () Não
19	Nome da empresa: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
20	CNPJ: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
21	Remuneração na empresa: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
22	Horário de Trabalho: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
23	Vai precisar de Vale Transporte:
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA ADMISSÃO	
24	Carteira de Trabalho DIGITAL acessar servicos.mte.gov.br
25	Cópia simples da Carteira de Trabalho DIGITAL
26	1 foto 3x4
27	1 cópia do R.G.
28	1 cópia do CPF
29	1 cópia do PIS (Cartão Cidadão) ou Declaração Negativa (extrato da CEF)
30	1 cópia do Título de Eleitor
31	1 cópia do comprovante de residência com CEP
32	1 cópia do Certificado de Reservista (para homens)
33	1 cópia da Carteira de Motorista (caso tenha)
34	1 cópia do Diploma ou outro comprovante de escolaridade
35	1 cópia da Certidão de Casamento (se for casado)
36	1 cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 14 anos
37	1 cópia da Carteira de Vacinação dos filhos menores de 07 anos
38	Declaração da escola dos filhos maiores de 07 anos até 14 anos
39	1 cópia do CPF dos filhos
40	1 cópia do comprovante do pagamento da anuidade do Conselho Regional da Classe
41	1 Cópia do Cartão de Vacinação atualizado (difteria, tétano, hepatite B).
42	1 cópia do Registro no Conselho Regional da Classe
43	1 cópia do CPF do esposo (se for casado)
44	Declaração do conselho de processo ético.
45	Curriculo atualizado



ISAC
Instituto Saúde e Cidadania

Setor Comercial Sul Quadra 09 Bloco C Torre C
Ed. Parque Cidade Corporate Sala 1001, Asa Sul
70308-200 Brasília DF



46	Conta do Banco do Brasil
----	--------------------------



ISAC
Instituto Saúde e Cidadania
Instituto Saúde e Cidadania

