



GOVERNODOESTADODOPARÁSECRETARIADESAÚDEPÚBLICA–SESPA
HOSPITALOPHIRLOYOLA

2ª CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N°03/2024–HOL-MULTIPROFISSIONAL

Convocamos os candidatos listados abaixo, para comparecerem **na Coordenação de Gestão de Pessoas – CGPE – 5ª andar/anexo**, do Hospital Ophir Loyola – HOL situado na Avenida Magalhães Barata, , nº 992 - São Brás, **na data e horário especificados na tabela abaixo** para entrega das documentações constantes no Anexo I, conforme estabelecido no Edital 03/2024. Ressaltamos que o não comparecimento do candidato, munido das documentações exigidas, dentro do prazo estabelecido, implicará na sua NÃO contratação, conforme item 10.6 do referido edital.

DIA: 26/06/2024 – QUARTA FEIRA

CANDIDATO	CLASS	CARGO	HORÁRIO	DATA
MARIA DO SOCORRO FERREIRA DAS DORES	1	TÉCNICO DE LABORATÓRIO (AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	15:00 AS 16:30	26/06/2024
ALCINETE MARINHO DA SILVA	2			
JOSÉ DA CONCEIÇÃO MONTEIRO BORGES	3			
REGIANE CRISTINE CUNHA DA COSTA	4			
SILVANIA MARIA FERREIRA MARTINS*	5			
CLAUDIO KLEBER PAVAO DOS SANTOS	1	TÉCNICO EM RADIOLOGIA (EQUIPAMENTO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA)		
TIAGO MATOS LAMEIRA	2			
JOÃO MARCOS SOUZA DA SILVA	3			
FERNANDO WILLIAM COUTO COSTA	1	TÉCNICO EM RADIOLOGIA (RADIOLOGIA CLÍNICA)		
DAYSE KELLY ANDRADE DOS SANTOS FAÇANHA	2			



GOVERNODOESTADODOPARÁSECRETARIADESAÚDEPÚBLICA–SESPA
HOSPITALOPHIRLOYOLA

ANEXO I
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES	QUANTIDADE
Currículo atualizado	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Fotos 3x4 (recente)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Carteira de Identidade– RG	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
CPF	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Título Eleitoral	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Certidão de Quitação Eleitoral	OORIGINAL E 1 CÓPIA
PIS ou PASEP	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Diploma da Escolaridade exigida para a função	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Diploma/Titulação: especialização, mestrado ou doutorado (quando for o caso)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Comprovação de Registro de Conselho de Classe referente à função	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Carteira de Reservista ou comprovante de dispensa militar (sexo masculino)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Comprovante de residência (preferencialmente água, luz ou telefone, recente)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Certidão de nascimento, casamento ou declaração de união estável	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Antecedentes Criminais da Justiça Federal	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Polícia Civil	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Polícia Federal	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Justiça Estadual	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Declaração que exerce ou não outro cargo ou emprego em outro Órgão Público (Anexo II)	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Declaração de disponibilidade para plantão e sobreaviso (Anexo III)	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Atestado médico de capacidade física e mental compatível com as atribuições da função pretendida (fornecido pelo HOL)	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Declaração emitida pelo órgão público onde exerce atividades, com discriminação do horário	OORIGINAL E 1 CÓPIA
CTPS (parte da foto e identificação ou digital)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Cartão SUS	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Carteira de Vacinação atualizada	ORIGINAL E 2 CÓPIAS



GOVERNODOESTADODOPARÁSECRETARIADESAÚDEPÚBLICA–SESPA
HOSPITALOPHIRLOYOLA

ANEXO II
DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Eu, _____,
candidato(a) à contratação temporária para o Hospital Ophir Loyola -HOL, no
cargo/função de _____, declaro para os devidos fins de direito o
seguinte:

Não possuo vínculo Federal.

Sim, possuo vínculo Federal no Órgão, no cargo/função de _____,
no horário de _____.

Não possuo vínculo Estadual e não tive contrato temporário com a Administração Pública do Estado do Pará nos últimos 6 (seis) meses, em obediência à Lei Complementar nº 07/1991, alterada pela Lei Complementar nº 077/2011.

Sim, possuo vínculo Estadual no Órgão _____, no
cargo/função de _____, no horário
de _____.

Não possuo vínculo Municipal.

Sim, possuo vínculo Municipal no Órgão _____, no
cargo/função de _____, no horário
de _____.

Declaro também que _____ (sim ou não) percebo proventos de aposentadoria conforme segue:

Serviço Público Federal

Serviço Público Estadual Serviço Público Municipal INSS

Belém, / / .



GOVERNODOESTADODOPARÁSECRETARIADESAÚDEPÚBLICA–SESPA
HOSPITALOPHIRLOYOLA

Assinatura

CPF:

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE

Eu, _____, candidato(a)
à contratação temporária para o Hospital Ophir Loyola -HOL, no cargo/função de
_____, declaro para os devidos fins de direito ter
disponibilidade para trabalhar em horários não comerciais, finais de semana e feriados, em regime de
plantões e sobreaviso, sempre que escalado.

Belém, / / .

Assinatura

CPF: