



## HOSPITAL OPHIR LOYOLA

### **3ª CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 31º/2025 – HOL – MULTIPROFISSIONAL**

Convocamos os(a) candidatos(a) listados(a) abaixo, para comparecerem na Coordenação de Gestão de Pessoas – CGPE situado no 5º andar do anexo IV no Hospital Ophir Loyola – HOL situado na Avenida Magalhães Barata, , nº 992 - São Brás, no dia 10/09/2025 as 10:00 horas para entrega das documentações constantes no Anexo I, conforme estabelecido no Edital de Abertura do 31ª PSS- HOL/2025 - Multiprofissional. Ressaltamos que o não comparecimento dos(a) candidatos(a), munidos das documentações exigidas, nas datas e horários estabelecidos abaixo dentro do prazo estabelecido, implicará na sua NÃO contratação, conforme item 10.6 do referido edital.

<b>Função</b>	<b>Nome do candidato</b>
<b>TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TERAPIA INTENSIVA)</b>	THELMA LEMOS DE FREITAS
<b>ENFERMEIRO (ESPECIALIZAÇÃO EM ONCOLOGIA)</b>	SALÚ BEATO DE FREITAS

**HOSPITAL OPHIR LOYOLA**

**ANEXO I**

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS (para as funções administrativas, 1 (uma) cópia de cada documento)**

<b>DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Currículo atualizado	ORIGINAL E 1 CÓPIA
Fotos 3x4 (recente)	2
Carteira de Identidade– RG (atualizada, visível e emitida no máximo de 10 anos)	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 (aos que não tiverem devem procurar a caixa Econômica Federal para realizar o cadastro)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
CTPS física ou Digital (apenas a parte da foto e identificação)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Diploma e/ou Certificado de comprovação de Escolaridade exigida para a função	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Diploma/Titulação: especialização, mestrado ou doutorado (quando for o caso)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Carteira do Conselho e comprovação de Regularidade 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
Certidão de nascimento e CPF dos filhos dependentes	OORIGINAL E 1 CÓPIA
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	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Declaração emitida pelo órgão público onde exerce atividades, com discriminação do horário (não aceita declaração do turno noturno)	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Cartão SUS	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Carteira de Vacinação atualizada	OORIGINAL E 1 CÓPIA
Pasta Classificadora Impressa 480g / m <sup>2</sup> (de papel, qualquer cor, com gancho plástico)	1



**HOSPITAL OPHIR LOYOLA**

**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 \_\_\_\_\_, especialidade \_\_\_\_\_ 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, / / .

\_\_\_\_\_  
Assinatura

CPF:



**HOSPITAL OPHIR LOYOLA**

**ANEXO III  
DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, candidato(a) à contratação temporária para o Hospital Ophir Loyola -HOL, no cargo/função de \_\_\_\_\_, especialidade \_\_\_\_\_ 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:



**HOSPITAL OPHIR LOYOLA**

**ANEXO III  
DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRATO**

Eu, \_\_\_\_\_, candidato(a) à contratação temporária para o Hospital Ophir Loyola - HOL, no cargo/função de \_\_\_\_\_, especialidade \_\_\_\_\_ declaro está ciente que a contratação se dará por um ano, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período e interrompido a qualquer tempo a interesse da administração.

Belém,        /        /        .

\_\_\_\_\_  
Assinatura

CPF: