



HOSPITAL OPHIR LOYOLA
DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

1ª CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 36º/2026 – HOL – MÉDICO

Convocamos os candidatos listados abaixo, para comparecerem no 5º andar do anexo IV, do Hospital Ophir Loyola – HOL situado na Avenida Magalhães Barata, , nº 992 - São Brás (coordenação de gestão de pessoas), na data e horário especificados nas tabelas abaixo para entrega das documentações constantes no Anexo I, conforme estabelecido no Edital de Abertura do 36º PSS- HOL/2026 - Médico. Ressaltamos que o não comparecimento do candidato, munido das documentações exigidas, nas datas e horários estabelecidos abaixo dentro do prazo estabelecido, implicará na sua NÃO contratação, conforme item 10.6 do edital.

DIA: 18/03/2026 – QUARTA FEIRA – TARDE

FUNÇÃO	CANDIDATO	HORÁRIO
MÉDICO (ANESTESIOLOGISTA)	HELOISA CHAVES AREAS	15:00
MÉDICO (ANESTESIOLOGISTA)	ROBERTA DE OLIVEIRA MOREIRA	15:00
MÉDICO (OFTALMOLOGIA: TRANSPLANTE DE CORNEA)	ANGELA MARIA DE QUEIROZ PEREIRA	15:00
MÉDICO (ONCOLOGIA CLINICA)	STÉPHANIE DE WINDSON NAVARRO CRUZ	16:00
MÉDICO (UROLOGISTA: URO ONCOLÓGICA)	EDUARDO DUARTE ESPINDOLA	16:00
MÉDICO (UROLOGISTA: URO ONCOLÓGICA)	JOÃO VICTOR TEIXEIRA HENRIQUES	16:00



HOSPITAL OPHIR LOYOLA
DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

ANEXO I

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

DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES	QUANTIDADE
Currículo atualizado	ORIGINAL
Fotos 3x4 (recente)	2
Carteira de Identidade– RG (atualizada, visível e emitida no máximo de 10 anos)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
CPF e Certidão de regularidade do CPF	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Título Eleitoral	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
Certidão de Quitação Eleitoral	ORIGINAL 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	ORIGINAL E 1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Justiça Federal	ORIGINAL
Antecedentes Criminais da Polícia Civil	ORIGINAL
Antecedentes Criminais da Polícia Federal	ORIGINAL
Antecedentes Criminais da Justiça Estadual	ORIGINAL
Declaração que exerce ou não outro cargo ou emprego em outro Órgão Público (Anexo II)	ORIGINAL
Declaração de disponibilidade para plantão e sobreaviso (Anexo III)	ORIGINAL
Atestado médico de capacidade física e mental compatível com as atribuições da função pretendida	ORIGINAL
Declaração emitida pelo órgão público onde exerce atividades, com discriminação do horário (não aceita declaração do turno noturno)	ORIGINAL
Cartão SUS	ORIGINAL E 1 CÓPIA
Carteira de Vacinação atualizada	ORIGINAL E 1 CÓPIA
Pasta Classificadora Impressa 480g / m ² (de papel, qualquer cor, com gancho plástico)	1



HOSPITAL OPHIR LOYOLA
DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

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
DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS

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
DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS
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: