

HOSPITAL OPHIR LOYOLA

1ª CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 34º/2025 – HOL – MÉDICO

Convocamos os candidatos listados abaixo, para comparecerem na Coordenação de Gestão de Pessoas - CGPE, situada no 5º andar do anexo IV do Hospital Ophir Loyola – HOL, na Avenida Magalhães Barata, , nº 992 - São Brás, na data e horário especificados nas tabelas abaixo para entrega das documentações constantes no Anexo I, conforme estabelecido no Edital de Abertura do 34ª PSS- HOL/2025 - 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: 25/11/2025 – TERÇA FEIRA

| Função | Nome do candidato | Horário |
|--|---|---|
| MÉDICO (OFTALMOLOGISTA - TRANSPLANTE DE CORNEA) | OLGA TEN CATEN PIES LAMEIRA | 10:00 às 13:00 |
| MÉDICO (: ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA) | JOSE RICARDO DOS ANJOS MOREIRA | |
| MÉDICO (ANESTESIOLOGIA) | HARABIA VERENA CARNEIRO DA COSTA | |
| | MARTA TEODORA COSTA COIMBRA | |
| MÉDICO (CIRURGIA PLASTICA REPARADORA) | CARLOS RODRIGO GAMA CORDEIRO | |
| MÉDICO (CIRURGIA TORÁCICA) | AJALCE DE JESUS LEAO JANAHU | |
| MÉDICO (CIRURGIA VASCULAR) | JOSÉ AUGUSTO PIRES DE FREITAS | |
| MÉDICO (NEFROLOGIA - TRANSPLANTE RENAL) | SILVIA REGINA DA CRUZ MIGONE | |
| | BRENO RICELLY AVILA PINHEIRO | |
| MÉDICO (NEFROLOGIA / HEMODIÁLISE) | RENAN DOS SANTOS CORTINHAS | |
| | ALZIRA CARVALHO PAULA DE SOUZA | |
| | LUIZA BEATRIZ COELHO PONTES BACELAR COSTA | |



HOSPITAL OPHIR LOYOLA

DIA: 26/11/2025 – QUARTA FEIRA – MANHÃ

| Função | Nome do candidato | Horário |
|---|---|---|
| MÉDICO (OFTALMOLOGIA - BANCO DE OLHOS) | ALAN SOUZA COSTA | 10:00 às 13:00 |
| MÉDICO (PSQUIATRIA) | DANIELA CRISPINO PUJADAS | |
| MÉDICO (PSQUIATRIA) | ANDRÉ LUIZ DE SOUZA RODRIGUES | |
| MÉDICO (RADIOTERAPIA) | CLAUDIO JOSE REIS DE CARVALHO JUNIOR | |
| MÉDICO (URGENCISTA) | JONAS BITENCOURT QUARESMA JUNIOR | |
| | CLARA COUTINHO VIANA | |
| | WELTON MASAYOSHI MONTEIRO YAMAMOTO | |
| | ANA GLÓRIA RODRIGUES DE MIRANDA | |
| | ANTONIO CALDERARO NETO | |
| | ANDRÉ MÁRTYRES PEDREIRA DE ALBUQUERQUE BASTOS | |
| MÉDICO (CIRURGIA GERAL) | FABIO CHAVES DE ARAÚJO | |
| MÉDICO (ONCOLOGIA CLINICA) | ANA CAROLINE COSTA DE SOUSA | |

HOSPITAL OPHIR LOYOLA

ANEXO I

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS (para as 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 | 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 e/ou de Residência Médica (quando for o caso) | ORIGINAL E 2 CÓPIAS |
| Registro de Qualificação de Especialista (RQE) - (quando for o caso) | ORIGINAL E 2 CÓPIAS |
| Carteira do Conselho Regional de Medicina | 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

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: