



HOSPITAL OPHIR LOYOLA

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

Convocamos a candidata listada abaixo, para comparecer 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 especificado 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 da candidata, munida das documentações exigidas, na data e horário estabelecido, implicará na sua NÃO contratação, conforme item 10.6 do edital.

DIA: 26/11/2025 – QUARTA FEIRA

Função	Nome do candidato	Horário
MÉDICO (RADIOTERAPIA)	LUCIANA BATISTA MONTEIRO	10:00 às 13:00

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 (acompanhada de certidões de nascimento)	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



HOSPITAL OPHIR LOYOLA

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: