



HOSPITAL OPHIR LOYOLA

2ª CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 31º/2025 – HOL – MULTIPROFISSIONAL

Convocamos os candidatos listados 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, na data e horário especificado na tabela abaixo 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 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 referido edital.

DIA: 25/08/2025 – SEGUNDA FEIRA

Inscrição	Nome do candidato	
BIOMÉDICO (ESPECIALIZAÇÃO EM HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA)	BRENDA PINTO DE MORAES	9:00 ÀS 10:00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRURGICO)	DANIEL DE SOUZA PINHEIRO	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TERAPIA INTENSIVA)	SILAS JOSÉ TEIXEIRA MORAES	
	SANDRA SANTOS DE ARAÚJO	

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 E 1 CÓPIA
Fotos 3x4 (recente)	ORIGINAL E 2 CÓPIAS
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 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: