



ISGH
INSTITUTO DE SAÚDE E
GESTÃO HOSPITALAR

www.isgh.org.br

Rua Socorro Gomes, 190 - Guajeru
Fortaleza/CE | CEP: 60.843-070

[55-85] 3195.2700



02º CONVOCAÇÃO
PROCESSO SELETIVO EXTERNO 2025/02
ANALISTA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS I

O Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), entidade de direito privado e sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social pelo Governo do Estado do Ceará, conforme Decreto nº 26.811, de 30.10.2002 e pelo Município de Fortaleza, conforme Decreto nº 13.155, de 14.05.2013 e suas alterações, convoca 01 (um/uma) aprovado(a) do Processo Seletivo Externo **2025/02**. As **documentações** deverão ser anexadas e o formulário **para admissão** preenchido através do link **(enviado por email)** dentro do **período de 19/05/2025 à 20/05/2025 (2 dias úteis)**. Maiores informações estão disponíveis no telefone **(85) 3195-2796**.

CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO
ALINE FERREIRA SILVA	02º

Fortaleza - CE, 19 de Maio de 2025.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR – ISGH
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



DESENVOLVIMENTO HUMANO ORGANIZACIONAL | DHO

DOCUMENTAÇÕES DO(A) CANDIDATO(A)

• TERMO DE ACEITE DA VAGA; (preenchido e assinado) • RG, CPF, NÚMERO DO PIS E TÍTULO DE ELEITOR; • COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO COM CEP; (água, luz ou telefone) • CERTIDÃO CRIMINAL NEGATIVA; https://certidoes.trf5.jus.br/certidoes2022/paginas/certidaocriminal.faces • ATESTADO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS; https://sistemas.sspds.ce.gov.br/AtestadoAntecedentes/ • FOTO 3X4, CARTEIRA DE RESERVISTA, E CARTÃO DE VACINAS; (geral e COVID) • DECLARAÇÃO DE VÍNCULO;	• COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA; (conforme exigido no edital) • CONTA BANCO DO BRADESCO; (foto do cartão, comprovante de abertura ou extrato com titularidade) • COMPROVANTE DE CONTRIBUIÇÃO INSS; (declaração ou contracheque, com CNPJ identificando vínculo) • PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO CNES; (documento enviado para Sesa) • COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DA ÚLTIMA ELEIÇÃO OU CERTIDÃO DE QUITAÇÃO DO TRE; https://www.tre-ce.jus.br/
---	---

DOCUMENTAÇÕES DE DEPENDENTES

- **CERTIDÃO DE CASAMENTO;** (e/ou declaração de união estável registrada em cartório)
- **CERTIDÃO DE NASCIMENTO, CARTÃO DE VACINA E DECLARAÇÃO ESCOLAR;** (filhos até 14 anos)
- **IDENTIDADE E CPF DOS FILHOS E CÔNJUGE;**

CERTIFICAÇÕES

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• DIPLOMA DE ENSINO MÉDIO E/OU GRADUAÇÃO; (mediante exigência do cargo)• DIPLOMA DE RESIDÊNCIA E/OU ESPECIALIZAÇÃO; (mediante exigência do cargo)• CARTEIRA DO CONSELHO; (para cargos que exigem habilitação junto ao conselho) | <ul style="list-style-type: none">• CERTIDÃO NEGATIVA DE QUITAÇÃO FINANCEIRA DO CONSELHO;• CERTIDÃO NEGATIVA DE PROCESSOS ÉTICOS DO CONSELHO;• DIPLOMA; (mediante exigência do cargo) |
|--|--|

ESTRANGEIRO(A)

- **PASSAPORTE;** (com número, emissão, validade e país de origem)
- **VISTO;** (com data de chegada no Brasil, tipo de visto, classificação de condição no Brasil, data e portaria de naturalização)
- **CEDULA DE IDENTIDADE DE ESTRANGEIRO;** (com RNE, órgão e UF emissor, data de emissão, de validade, data e vencimento CTPS)

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL - PROFISSIONAIS COM MENOS DE 45 ANOS

ADMINISTRATIVO	ASSISTÊNCIA	MOTORISTAS	RADIOLOGISTA/TÉCNICO
-	ANTI-HBS	TOXICOLÓGICO SE CATEGORIA D	ANTI-HBS
-	-	-	HEMOGRAMA

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL - PROFISSIONAIS COM 45 ANOS OU MAIS

ADMINISTRATIVO	ASSISTÊNCIA	MOTORISTAS	RADIOLOGISTA/TÉCNICO
EXAMES LABORATORIAIS	EXAMES LABORATORIAIS	EXAMES LABORATORIAIS	EXAMES LABORATORIAIS
	ANTI-HBS	TOXICOLÓGICO SE CATEGORIA D	ANTI-HBS

Observação 1: Os Exames Laboratoriais são: Hemograma completo, glicemia em jejum, colesterol total e HDL colesterol.

Observação 2: Os exames são realizados pela unidade. Caso o(a) candidato(a) tenha os exames acima mencionados, feitos em até 03 meses, deverá apresentá-los ao SESMT no momento da realização do ASO.