



HOSPITAL OPHIR LOYOLA

1ª CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO N° 32°/2025 – HOL - MÉDICO

Convocamos os candidatos listados abaixo, para comparecerem na Coordenação de Gestão de Pessoas - GPE, situada no Hospital Ophir Loyola – HOL, Avenida Magalhães Barata, , nº 992 - São Brás, mo 5º andar do anexo IV, no dia 09/08/2025 de 9:00 as 11:00 para entrega das documentações constantes no Anexo I, conforme estabelecido no Edital Abertura do 32° - PSS – HOL - MÉDICO. Ressaltamos que o não comparecimento do candidato, munido das documentações exigidas, dentro do prazo estabelecido, implicará na sua NÃO contratação, conforme item 10.6 do referido edital.

DIA: 09/08/2025 - SABADO

Inscrição	Nome do candidato	Função	Posição
20250403598391	RAFAELA VILACA ABUD	MÉDICO (ESPECIALIDADE DERMATOLOGIA)	1
20250403272424	MARCELLA COELHO MESQUITA FERNANDES	MÉDICO (ESPECIALIDADE: ONCOLOGIA CLINICA)	1
20250403142718	LARISSA VON GRAPP	MÉDICO (ESPECIALIDADE: ONCOLOGIA CLINICA)	2
20250403596665	JOAO MENDES DE MIRANDA NETO	MÉDICO (ESPECIALIDADE: URGENCISTA)	1
20250403596629	JOSE PEDRO DA SILVA SOUSA	MÉDICO (ESPECIALIDADE: URGENCISTA)	2
20250403594801	JOSÉ RENATO MERCÊS MACHADO JÚNIOR	MÉDICO (ESPECIALIDADE: URGENCISTA)	3



HOSPITAL OPHIR LOYOLA

ANEXO I

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES	QUANTIDADE
Currículo atualizado	01
Fotos 3x4 (recente)	2 CÓPIAS
Carteira de Identidade– RG	2 CÓPIAS
CPF	2 CÓPIAS
Título Eleitoral	2 CÓPIAS
Certidão de Quitação Eleitoral	2 CÓPIAS
PIS ou PASEP	2 CÓPIAS
Diploma da Escolaridade exigida para a função	2 CÓPIAS
Diploma/Titulação: especialização, mestrado ou doutorado (quando for o caso)	2 CÓPIAS
Comprovação de Registro de Conselho de Classe referente à função	2 CÓPIAS
Carteira de Reservista ou comprovante de dispensa militar (sexo masculino)	2 CÓPIAS
Comprovante de residência (preferencialmente água, luz ou telefone, recente)	2 CÓPIAS
Certidão de nascimento, casamento ou declaração de união estável	2 CÓPIAS
Certidão de nascimento e CPF dos filhos dependentes	1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Justiça Federal	1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Polícia Civil	1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Polícia Federal	1 CÓPIA
Antecedentes Criminais da Justiça Estadual	1 CÓPIA
Declaração que exerce ou não outro cargo ou emprego em outro Órgão Público (Anexo II)	1 CÓPIA
Declaração de disponibilidade para plantão e sobreaviso (Anexo III)	1 CÓPIA
Atestado médico de capacidade física e mental compatível com as atribuições da função pretendida	1 (ORIGINAL)
Declaração emitida pelo órgão público onde exerce atividades, com discriminação do horário (não pode ser noturno)	1 CÓPIA
CTPS (parte da foto e identificação ou digital)	1 CÓPIA
Cartão SUS	1 CÓPIA
Carteira de Vacinação atualizada	1 CÓPIA



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: