



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## EDITAL DE CONVOCAÇÃO 030/2015

### PARA NOMEAÇÃO E POSSE DO CONCURSO PÚBLICO MUNICIPAL Nº 001/2013

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT CONVOCA o candidato Classificado no Concurso Público Municipal nº 001/2013 realizado em 08/12/2013, para comparecer no prazo de 30 (trinta) dias, a partir da publicação deste edital, na Sede da Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, apresentando os documentos de habilitação relacionados no Anexo I deste edital, bem como realizar exame médico admissional nos termos dos Anexos II e III deste edital, para ser nomeado no prazo acima estabelecido e tomar posse no prazo de 30 dias a partir da nomeação prorrogável por igual período de acordo com o interesse da Administração Pública Municipal:

1. Para a realização do exame médico admissional os candidatos, domiciliados neste município deverão se apresentar no PSF - Urbano desta urbe. Os candidatos domiciliados em outra unidade da federação deverão realizar o exame médico admissional perante qualquer médico devidamente registrado no CRM (Conselho Regional de Medicina).

2. Todos os candidatos convocados deverão se submeter aos exames enumerados no ANEXO II e apresentar atestado médico conforme o ANEXO III.

3. Será considerado desistente perdendo a respectiva vaga, o candidato convocado que não se apresentar no prazo fixado por este edital; não tomar posse no prazo estabelecido; não comprovar os requisitos exigidos através da documentação solicitada e considerado inapto o candidato que não for aprovado no exame admissional, podendo a Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, convocar o candidato classificado na colocação subsequente.

### CANDIDATO CONVOCADO

Cargo: 030 - Motorista (CNH "C") - PCCS - GERAL											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000375	JONATHAN JUNIOR CELESTINO	27/01/1989	4	0,0	6,0	12,0	14,0	38,0	0,0	70,0	CL

Porto dos Gaúchos/MT, em 14 de Outubro de 2015.

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## ANEXO I

### DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A CONTRATAÇÃO

APRESENTAR (FOTOCÓPIAS) EM FOLHA A4 LEGÍVEL.

CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG).

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF).

TÍTULO DE ELEITOR

COMPROVANTE DA JUSTIÇA ELEITORAL

CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO (se casado, cópia CPF do cônjuge)

CARTEIRA DE TRABALHO

PIS OU PASEP

NUMERO DE TELEFONE PARA CONTATO

COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (HISTÓRICO/ATESTADO e ou CERTIFICADO)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES

OBRIGATÓRIO PARA O SEXO MASCULINO

RESERVISTA.

OBRIGATÓRIO PARA O CARGO DE MOTORISTA E OPERADOR DE MÁQUINAS.

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO.

OBRIGATÓRIO PARA PROFISSIONAL LIBERAL.

CERTIDÃO NEGATIVA EXPEDIDA PELO ÓRGÃO DE CLASSE.

(ORIGINAIS)

CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS

DECLARAÇÃO DE BENS

DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**

Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

---

## ANEXO II

### EXAMES CLINICOS ADMISSIONAIS PARA TODOS OS CARGOS

- ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Para efeito de posse, o candidato aprovado, classificado e convocado, *Ficará Sujeito a Aprovação em Exame Médico Pericial*, devendo apresentar atestado de aptidão física e mental e o resultado, para todos os cargos, dos seguintes exames:

- a) Exame clínico (Admissional);
  - b) Avaliação Psicológica;
  - c) Acuidade Visual;
  - d) Hemograma;
  - e) Glicose;
  - f) Colesterol Total;
  - g) Ureia;
  - h) Creatinina;
  - i) TGO;
  - j) TGP;
  - k) Hepatite B e C;
  - l) HIV I e II
  - m) VDRL;
  - n) Urina Tipo (1);
  - o) Raio X Total de Coluna.
- Poderá não tomar posse o candidato portador de deficiência física aprovado, classificado e convocado, que for aprovado via perícia médica a incompatibilidade entre a deficiência física e o exercício do cargo.

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## ANEXO III MODELO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

ÓRGÃO EMPREGADOR:

( ) Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT – CNPJ nº 03.204.187/0001-33

Nome do servidor: \_\_\_\_\_

Identidade nº \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Função que irá exercer: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA AVALIAÇÃO MÉDICA:

( ) Admissional

PROCEDIMENTO MÉDICO A QUE FOI SUBMETIDO

( ) Avaliação clínica e Anamnese Ocupacional

( ) Exame de aptidão física e mental

Exames Complementares

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conclusão sobre a capacidade Laborativa:

( ) Apto

( ) Inapto

Riscos Ocupacionais

( ) Físicos

( ) Ergonômicos

( ) Químicos

( ) Biológicos

( ) Acidentes

( ) Sem Risco

Próxima Avaliação:

( ) seis meses

( ) um ano

( ) dois anos

**Declaro ter recebido em** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**A segunda via deste atestado.**  
**Nome:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Assinatura do Servidor**

Porto dos Gaúchos MT  
**Em:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Carimbo e Assinatura Médico/CRM**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## ÓRGÃO EMPREGADOR:

( ) Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos-MT – CNPJ nº 03.204.187/0001-33

Nome do Servidor: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Função que irá exercer: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Antecedentes: Já teve ou tem?

( ) Pressão alta ( ) Tuberculose ( ) Alergia a medicamentos/Alimentos ( ) Hepatite ( ) Asma

( ) Pneumonia ( ) Sífilis ou doenças sexualmente transmissíveis ( ) Otite ( ) Diabetes

Intervenção cirúrgica? Sim ( ) Não ( ) \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos? Não ( ) Sim ( ) \_\_\_\_\_

Mulheres: Menstruação – Menarca: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

Gestação: ( ) P.N. ( ) Cirúrgicos ( ) Filhos vivos ( ) Aborto

## HISTORICO OCUPACIONAL

Empregos Anteriores – Empresa: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Tempo na empresa: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Poeira ( ) Ruído ( ) Calor excessivo ( ) Frio ( ) Radiação ( )

Alta Pressão ( ) Baixa Pressão ( ) Outros ( )

Metais Pesados: Ácidos ( ) Solventes orgânicos ( ) Inseticidas ( ) Fungicidas ( )

Urinário ( ) Outros ( )

Exerce outra atividade além do emprego? Não ( ) Sim ( )

Já sofreu algum acidente do trabalho? Não ( ) Sim ( ) C/ afastamento ( ) Encaminhado ( )

Fuma? Não ( ) Sim ( ) Cigarro ( ) Charuto ( ) Cachimbo ( )

Bebe? Não ( ) Sim ( ) destilada ( ) fermentada ( ) sem preferência ( )

Pratica algum esporte? Não ( ) Sim ( ) quantas vezes por semana ( )

## EXAME MÉDICO

Vacinas: Anti Tetânica ( ) Poliomielite ( ) Tríplice ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

P.A: \_\_\_\_\_ mmHg

Cabeça – Face \_\_\_\_\_ Dentes: \_\_\_\_\_

Tórax Tipo: \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ Ausculta: \_\_\_\_\_

Ap. Circ. Ausculta: \_\_\_\_\_

Abdomem Tipo: \_\_\_\_\_ Palpação: \_\_\_\_\_

Ap. Genito Urinário: \_\_\_\_\_

Coluna Vertebral: \_\_\_\_\_

Membros: \_\_\_\_\_

Sistema Nervoso: \_\_\_\_\_

Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Uso de lentes corretoras: Não: ( ) Sim: ( )

**CONCLUSÃO:** ( ) APTO ( ) INAPTO