

EDITAL DE CONVOCAÇÃO 024/2015

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

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT CONVOCA a candidata Classificada 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 nomeada 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 relacionados, 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.

CANDIDATA CONVOCADA

Cargo: 001 - Agente Administrativo - PCCS – Gestão Social

Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000369	ELIDIANE KARINE TREVISAN GROBE	09/06/1984	7	18,0	15,0	12,0	14,0	0,0	0,0	59,0	CL

Porto dos Gaúchos/MT, em 15 de Julho de 2015.

MOACIR PINHEIRO PIOVESAN

Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT

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

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

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

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