



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 024 PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2019

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA os candidatos Classificados no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2019, para comparecerem 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, e realizar exame médico admissional conforme Anexos II deste edital, a fim de serem contratados em caráter temporário nos respectivos cargos no prazo acima estabelecido:

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARGO: ENFERMEIRO

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CADASTRO RESERVA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
58	WALDINEY CANI SANTOS	CLASSIFICADO	12	20	48	80

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 06 de Maio de 2020.

MOACIR PINHEIRO PIOVESAN
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

ANEXO I DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A CONTRATAÇÃO

❖ (FOTOCÓPIAS)

- CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG).
- CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF).
- TÍTULO DE ELEITOR
- COMPROVANTE DE QUITAÇÃO 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 DE CONCLUSÃO)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CPF 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)

- ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL.
- CERTIDÃO NEGATIVA DE ANTECEDENTES CRIMINAIS.
- DECLARAÇÃO DE BENS.
- DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.
- CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS

❖ (INFORMAR)

- CONTA BANCARIA E AGENCIA (PAGAMENTO DO SALÁRIO)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

ANEXO II

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 Servidor

PORTO, ___/___/____.

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