



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 005 **PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº. 001/2017**

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA o candidato CLASSIFICADO no Processo Seletivo Público nº 001/2017 realizado em 20/08/2017, 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, devendo apresentar atestado de aptidão física e mental com resultado dos exames conforme Anexo II e o Exame médico admissional conforme Anexos III, a fim de ser contratado no respectivo cargo 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 – PCCS SAÚDE
CARGO: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – 40 HORAS SEMANAIS
MICROAREA: 11 PSF: SÃO JOÃO - CADASTRO RESERVA

Nº DA INSC.	Nº DO CPF	NOME DO CANDIDATO	PROVA OBJETIVA 1ª ETAPA	PROVA TÍTULO 2ª ETAPA	RESULTADO FINAL	SITUAÇÃO
46	057.589.351-66	IVAN ROVARI	50	-	50	CLASSIFICADA CR

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 09 de Outubro 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)
- PIS OU PASEP
- COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (HISTÓRICO/ATESTADO/CERTIFICADO DE CONCLUSÃO ENSINO MÉDIO)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO CANDIDATO(ATUALIZADO)
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES
- RESERVISTA OU CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO (MASCULINO)

(ORIGINAIS)

- CARTEIRA DE TRABALHO
- 01(UMA) FOTO 3X4 COLORIDA
- ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL.
- CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS.
- DECLARAÇÃO DE BENS.
- DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.
- DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO, SE POSSUIR OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO, PARA DEMONSTRAÇÃO DE COMPATIBILIDADE COM O HORÁRIO DISPONÍVEL E DE INTERESSE DO ÓRGÃO PÚBLICO;
- CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITOS MUNICIPAIS

(INFORMAR)

- CONTA BANCARIA E AGENCIA (PAGAMENTO DO SALARIO)
- E-MAIL
- NUMERO DE TELEFONE PARA CONTATO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

ANEXO II 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 de Coluna.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

ANEXO III

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