EDITAL DE CONVOCAÇÃO 010/2014

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

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA os candidatos que foram Aprovados e/ou Classificados no Concurso Público Municipal nº 001/2013 realizado em 08/12/2013, 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 deste edital, bem como realizar exame médico admissional nos termos dos Anexos II e III deste edital, a fim de serem nomeados aos respectivos cargos no prazo acima estabelecido e tomarem 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 aprovados 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.

Porto dos Gaúchos/MT, em 13 de Maio de 2014.

MOACIR PINHERIO PIOVESAN
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT

CANDIDATOS CONVOCADOS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS/MT

CARGO: 001 - AGENTE ADMINISTRATIVO - PCCS – GESTÃO SOCIAL

Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000752	BRUNA RODRIGUES CASALI	09/09/1989	5	18,0	15,0	16,0	16,0	0,0	0,0	65,0	CL

CARGO: 030 – MOTORISTA "C" - PCCS – GERAL

Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000595	SILVANI SOUZA DO NASCIMENTO	08/02/1977	3	0,0	10,0	10,0	16,0	37,0	0,0	73,0	CL

MOACIR PINHERIO 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 - 2012
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 PINHERIO 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 clinico (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 PINHERIO 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 MEDICA:
( ) 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: _____
_____

Porto dos Gaúchos MT
Em:___/____/_____
_____

Assinatura do Servidor **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. _____Asculta:_____.
Ap. Circ. Asculta: _____
Abdomem Tipo: _____Palpação: _____
Ap. Genito Urinário: _____
Coluna Vertebral: _____
Membros: _____
Sistema Nervoso: _____
Exames Complementares:_____
_____

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

CONCLUSÃO: ( ) APTO ( ) INAPTO