

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO 003/2014**  
**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 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, 06 de Fevereiro de 2014.

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
Prefeito Municipal

**CANDIDATOS CONVOCADOS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS/MT**

<b>Cargo: 018 - Enfermeiro - PSF-Comunidade São João - PCCS - SAÚDE</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000106	FERNANDA PIOVEZAN FRANCO	26/09/1983	1	44,0	16,0	0,0	20,0	0,0	0,0	80,0	AP

<b>Cargo: 027 - Motorista (CNH "D") - PSF-Comunidade São João - PCCS - SAÚDE</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000161	ALDO ARNALDO MENDES	16/11/1985	1	0,0	6,0	14,0	20,0	38,0	0,0	78,0	AP

<b>Cargo: 028 - Motorista (CNH "D") - PCCS - SAÚDE</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000773	DIRCEU FULBER	03/05/1971	1	0,0	14,0	12,0	16,0	37,0	0,0	79,0	AP

<b>Cargo: 033 - Operador de Retro Escavadeira Hidráulica (PC)- (CNH "C") - PCCS - GERAL</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000154	MARCOS ANDRE FULBER	31/05/1978	1	0,0	10,0	16,0	16,0	40,0	0,0	82,0	AP

<b>Cargo: 044 - Vigia - PCCS - GERAL</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000111	VILMAR WEIRICH	15/04/1992	1	0,0	32,0	21,0	30,0	0,0	0,0	83,0	AP
0000000393	CHARLES BONZELLI FERNANDES	03/07/1984	2	0,0	28,0	12,0	30,0	0,0	0,0	70,0	AP

<b>Cargo: 048 - Zeladora - PCCS - GERAL</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000212	ELIANA JOAO DE MACEDO	19/01/1992	1	0,0	24,0	21,0	24,0	0,0	0,0	69,0	AP
0000000704	CLAUDINEIA DUARTE DOS SANTOS	12/02/1979	2	0,0	20,0	15,0	30,0	0,0	0,0	65,0	AP

<b>Cargo: 003 - Agente Administrativo - PCCS - GERAL</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000487	ANGELICA BITTENCOURT	12/05/1992	47	12,0	18,0	12,0	8,0	0,0	0,0	50,0	CL

<b>Cargo: 009 - Auxiliar de Mecânico - PCCS - GERAL</b>											
Inscrição	Nome	Nascimento	Col	E	P	M	G	PP	T	Total	Sit
0000000733	ADEMILSON CARLOS DO NASCIMENTO	11/04/1994	2	0,0	16,0	21,0	24,0	0,0	0,0	61,0	CL

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
Prefeito Municipal

## **ANEXO I**

<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A CONTRATAÇÃO</b>
---

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 PINHEIRO PIOVESAN**

Prefeito Municipal

## 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

**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 Servidor**

PORTO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**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