



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**PORTO DOS GAÚCHOS**



**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 003/2014**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2014**

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT **CONVOCA** os candidatos Aprovados e/ou classificados no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2014 realizado em 11/05/2014, para comparecerem no prazo de 30 (trinta) dias, a partir da publicação deste edital, na Sede da Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT – Secretaria Municipal de Administração - Departamento de Pessoal, apresentando os documentos de habilitação relacionados no Anexo I, bem como realizar exame médico admissional conforme Anexos II deste edital, a fim de serem contratados 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.

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 12 de Junho de 2014.

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
*Prefeito Municipal*



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**PORTO DOS GAÚCHOS**



CANDIDATOS CONVOCADOS  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 001/2014  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS/MT:

SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA – PCCS GERAL  
CARGO: SERVIÇOS GERAIS – 40 HORAS SEMANAIS  
LOCAL: SEDE DO MUNICÍPIO

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Total
<b>Classificado</b>	<b>Odair José Dos Santos</b>	<b>025</b>	<b>04</b>	<b>12</b>	<b>48</b>	<b>64</b>

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
Prefeito Municipal



**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 E CARTEIRA DE VACINAÇÃO DOS FILHOS MENORES DE 21 ANOS
  - CARTEIRA DE VACINAÇÃO
  - 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.
- OBRIGATÓRIO PARA O CARGO DE DENTISTA.**
- PLANEJAMENTO ANUAL DAS COMPETÊNCIAS DE ACORDO COM A PORTARIA GM 2488/2011.

**(ORIGINAIS)**

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

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
*Prefeito Municipal*



**ANEXO II**  
**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