

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 004/2014
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2014

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT **CONVOCA** o (a) candidato (a) 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.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PCCS SAÚDE
CARGO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – 40 HORAS SEMANAL
LOCAL: SEDE DO MUNICÍPIO

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Total
Classificada	Eliane da Silva Rocha	005	12	08	42	62

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 17 de Junho de 2014.

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 DiabetesIntervenção cirúrgica? Sim. Não _____Uso de medicamentos? Não Sim _____Mulheres: Menstruação – Menarca: Regular Irregular AusenteGestação: 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