

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2014

PARA NOMEAÇÃO E POSSE DO PROCESSO SELETIVO PÚBLICO MUNICIPAL Nº 001/2014.

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT CONVOCA os candidatos do ANEXO I que foram Aprovados no Processo Seletivo Público Municipal nº 001/2014, para comparecerem no prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação deste edital, na Secretaria Municipal de Administração da Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, com os documentos relacionados no Anexo II deste edital, e Aprovação em exame médico pericial apresentando os exames constantes dos Anexos III e IV deste edital, a fim de serem nomeados e tomarem posse no prazo acima estabelecido, devendo iniciar o exercício da função no prazo de até 05 (cinco) dias a contar da data da posse:

1. Todos os candidatos convocados deverão se submeter aos exames enumerados no ANEXO III e apresentar atestado médico conforme o ANEXO IV.

2. Será considerado desistente perdendo a respectiva vaga, o candidato convocado que não se apresentar no prazo fixado por este edital e não comprovar os requisitos exigidos através da documentação solicitada e será 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.

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, em 21 de Maio de 2014.

MOACIR PINHERIO PIOVESAN
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT

ANEXO I – CANDIDATOS CONVOCADOS**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CARGO: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE****PSF ARINOS - MICRO-ÁREA 01**

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Francielle Mendes da Silva	05	2,0	2,5	2,5	-	7,0

PSF ARINOS - MICRO-ÁREA 06

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Eliane da Silva Rocha	26	1,5	2,5	4,5	1,25	9,75

PSF ARINOS - MICRO-ÁREA 13

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Gisleide Kerin Alexandre da Silva	03	1,0	2,0	3,0	-	6,0

PSF ARINOS - MICRO-ÁREA 15

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Roselaine Novais	08	2,0	2,0	4,5	-	8,5

PSF URBANO - MICRO-ÁREA 04

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Cristy Makele de Oliveira	28	1,0	2,5	4,0	-	7,5

PSF URBANO - MICRO-ÁREA 05

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Maria Jociele da Silva	30	1,5	2,5	4,0	0,5	8,5

PSF RURAL-UBS NOVO PARANÁ - MICRO-ÁREA 14

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Ana Paula de Lima	43	0,5	2,5	3,0	-	6,0

PSF RURAL-UBS NOVO PARANÁ - MICRO-ÁREA 16

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Ivani Souza Nascimento	32	2,0	1,5	4,5	-	8,0

**PSF RURAL-UBS NOVO PARANÁ - COMUNIDADE RIO ENGANO
MICRO-ÁREA 07**

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Gracieli Fernanda de Castro	07	1,5	2,0	2,0	-	5,5

PSF SÃO JOÃO - MICRO-ÁREA 11

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
Aprovada	Marinete Miranda da Silva	44	2,5	2,5	4,0	-	9,0

MOACIR PINHERIO PIOVESAN
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT

ANEXO II

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A CONTRATAÇÃO
--

(Fotocópias) em Folha A4 legível.

- Carteira de Identidade (RG).
- Cadastro de Pessoa Física (CPF).
- Título de Eleitor
- Comprovante da Justiça Eleitoral
- Certidão de Nascimento ou Casamento (se casado, cópia CPF do cônjuge)
- Cadastro do Pis ou Pasep
- Numero de Telefone para contato
- Comprovante de Escolaridade
- Comprovante de Residência
- Certidão de Nascimento dos Dependentes

Obrigatório para o Sexo Masculino

- Reservista ou dispensa de incorporação

(Originais)

- 01 Fotografia 3x4 Recente
- Carteira de Trabalho e Previdência Social
- Certidão de Antecedentes Criminais onde residiu nos últimos 06(seis) meses
- Certidão Negativa de Débitos Municipais
- Declaração de Horário de Trabalho se possuir outro vinculo para demonstrar compatibilidade
- Declaração de Bens
- Declaração que não possui outro cargo, emprego ou função pública nos termos do inciso XVII, art. 37 da Constituição Federal.
- Atestado Médico

MOACIR PINHERIO PIOVESAN
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT

ANEXO III

EXAMES CLINICOS ADMISSIONAIS

- **ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

Para efeito de posse, o candidato aprovado e convocado, *Ficará Sujeito a Aprovação em Exame Médico Pericial*, devendo apresentar atestado de aptidão física e mental e o resultado 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.

MOACIR PINHERIO PIOVESAN
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT

ANEXO IV

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 do Servidor

Porto dos Gaúchos MT

Em: ___/___/___

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

PORTO, ____/____/____

Carimbo Assinatura Médico/CRM