

## **EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 002/2014**

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

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT CONVOCA o candidato Aprovado no Processo Seletivo Público Municipal nº 001/2014, para comparecer 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 I deste edital, e Aprovação em exame médico pericial apresentando os exames constantes dos Anexos II e III deste edital, a fim de ser nomeada e tomar 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 II e apresentar atestado médico conforme o ANEXO III.

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 09 de Julho de 2014.

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PSF SÃO JOÃO CARGO: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE MICRO-ÁREA 09**

<b>Classificação</b>	<b>Candidato</b>	<b>Inscrição</b>	<b>Port</b>	<b>Mat</b>	<b>Conh Espec.</b>	<b>Títulos</b>	<b>Total</b>
<b>Aprovada</b>	Adriana Bezerra	22	<b>2,5</b>	<b>1,0</b>	<b>3,5</b>	<b>0,75</b>	<b>7,75</b>

**MOACIR PINHERIO PIOVESAN**  
Prefeito Municipal de Porto dos Gaúchos/MT

## ANEXO I

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 II

### 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 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 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