

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO**  
**Nº. 005/2014**  
**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 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, 02 de Julho de 2014.

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
*Prefeito Municipal*

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA – PCCS EDUCAÇÃO  
CARGO: PROFESSOR – 30 HORAS SEMANAL  
LOCAL: ESCOLA MUNICIPAL “GUSTAVO ADOLFO WILKE”

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
<b>Classificada</b>	<b>Marcia Regina Pivato</b>	<b>061</b>	<b>16</b>	<b>08</b>	<b>42</b>	<b>6,2</b>	<b>72,2</b>

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA – PCCS EDUCAÇÃO  
CARGO: PROFESSOR – 20 HORAS SEMANAL  
LOCAL: ESCOLA MUNICIPAL “GUSTAVO ADOLFO WILKE”

Classificação	Candidato	Inscrição	Port	Mat	Conh Espec.	Títulos	Total
<b>Classificada</b>	<b>Marcela Rezende</b>	<b>014</b>	<b>20</b>	<b>04</b>	<b>48</b>	<b>2,0</b>	<b>74,0</b>

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
<b>Classificada</b>	<b>Neuza De Oliveira Santos</b>	<b>076</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>50</b>

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
*Prefeito Municipal*

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

**(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