

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 001/2015
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2015

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT **CONVOCA** os candidatos Aprovados e Classificados no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2015 realizado em 19/04/2015, 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, e 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.

CANDIDATOS CONVOCADOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PCCS/SAÚDE
CARGO: DENTISTA – 40 HORAS SEMANAL
LOCAL: SEDE DO MUNICÍPIO

Classificação	Candidato	Inscrição	Port.	Mat.	Conh. Espec.	Total
Aprovado	Thais Priscilla Fernandes Zolin	001	20	12	36	68,00
Classificado	Pedro Da Cunha Pinto Netto	003	16	16	30	62,00

SECRETARIA MUNICIPAL ASSISTÊNCIA SOCIAL – PCCS/ASSISTÊNCIA SOCIAL
CARGO: ASSISTENTE SOCIAL – 30 HORAS SEMANAL
LOCAL: SEDE DO MUNICÍPIO

Classificação	Candidato	Inscrição	Port.	Mat.	Conh. Espec.	Total
Aprovado	Angela Aparecida Piovesan	002	16	16	48	80,00

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 05 de Maio de 2015.

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
-
- 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
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

<p>Declaro ter recebido em ___/___/___ A segunda via deste atestado. Nome : _____ _____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura Servidor</p>
--

<p style="text-align: center;">PORTO, ___/___/____.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Carimbo e Assinatura Médico/CRM</p>
--

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 Urínario 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