



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 004/2017**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2017**

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA a candidata CLASSIFICADA no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2017 realizado em 19/02/2017, 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.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PCCS SAÚDE**  
**CARGO: COZINHEIRA - 40 HORAS SEMANAL**  
**LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	MAT.	POR.	ESP.	TOT.
187	GRAZIELA DA SILVA	<b>CLASSIFICADO</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>48</b>	<b>64</b>

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 03 de Abril de 2017.

**MOACIR PINHEIRO PIOVESAN**  
**Prefeito Municipal**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## 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 DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES

- 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.
- CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## 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

Declaro ter recebido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
A segunda via deste atestado.  
Nome : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura Servidor

PORTO, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura Médico/CRM



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## 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