



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 003/2019 PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2018

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA os candidatos Aprovados/Classificados no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2018, 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.

As vagas do Cargo de Apoio Administrativo Educacional (E) Auxiliar de Sala – Creche Municipal Pequeno Príncipe, será preenchida com 02(duas) contratações de lotação na Escola Municipal Gustavo Adolfo Wilke e 02(duas) contratações de lotação na Creche Municipal Pequeno Príncipe para suprir a demanda ocasionada pelas matriculas escolar.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CARGO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
196	LUIZ FERNANDO PEREIRA DOS SANTOS	CLASSIFICADO	16	16	54	86

**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**  
CARGO: APOIO ADM. EDUC. (E) AUXILIAR DE SALA  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – E. M. PAULO DE ALMEIDA COSTA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
426	HELENICE ROMERO BENITES	APROVADO	20	16	42	78

**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**  
CARGO: APOIO ADM. EDUC. (E) AUXILIAR DE SALA  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – CRECHE M. PEQUENO PRÍNCIPE.

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
95	GEISIANE DA SILVA VIANA	APROVADO	20	20	42	82
361	JESSIKA FERNANDA DA CRUZ CAMPINAS	APROVADO	20	12	48	80
285	ANDREIA CORDEIRO DOS SANTOS	APROVADO	20	12	48	80
78	VIVIANE DOS SANTOS FERREIRA COUTINHO	CLASSIFICADO	20	8	48	76



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: PROFESSOR

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – CRECHE MUNICIPAL PEQUENO PRÍNCIPE –  
CADASTRO RESERVA.

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
258	MARCELA RESENDE	APROVADO	20	4	36	60

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: PROFESSOR

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – E. M. GUSTAVO ADOLFO WILKE/CADASTRO  
RESERVA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
77	JOSIVAL BERNARDO DOS SANTOS	APROVADO	20	20	36	76
35	SANDRO RODRIGUES DE OLIVEIRA	APROVADO	12	20	42	74

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: PROFESSOR

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – E. M. PAULO DE ALMEIDA COSTA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
52	FABIANA FERRARI VOGEL	APROVADO	16	8	48	72

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: PROFESSOR

LOCAL: ESCOLA MUNICIPAL VALSIR ANDRÉ FERRARINI.

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
91	IVETE ERHARTER	APROVADO	20	8	54	82
430	MARILZA FERREIRA REZENDE	APROVADO	16	8	48	72
402	IRIS APARECIDA DA SILVA	APROVADO	20	12	36	68

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 16 de Janeiro de 2019.

**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.

### ❖ (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

### ❖ (INFORMAR)

- CONTA BANCARIA E AGENCIA(PAGAMENTO DO SALARIO)



# 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