



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 003/2019**  
**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº. 001/2017**

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA as candidatas APROVADA/CLASSIFICADA no Processo Seletivo Público nº 001/2017 realizado em 20/08/2017, para comparecer 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, devendo apresentar atestado de aptidão física e mental com resultado dos exames conforme Anexo II e o Exame médico admissional conforme Anexos III, a fim de ser contratado no respectivo cargo 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 - PCCS SAÚDE**  
**CARGO: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - 40 HORAS SEMANAIS**  
**MICROAREA: 01 PSF: ARINOS - CADASTRO RESERVA**

Nº DA INSC.	Nº DO CPF	NOME DO CANDIDATO	PROVA OBJETIVA 1ª ETAPA	PROVA DE TÍTULO 2ª ETAPA	RESULTADO FINAL	SITUAÇÃO
12	004.766.711-75	ALEXANDRA RIBEIRO DE SOUZA	70	-	70	CLASSIFICADA CR

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 11 de Fevereiro 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/CERTIFICADO DE CONCLUSÃO ENSINO MÉDIO)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ATUALIZADO)
  - CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES
- 
- OBRIGATÓRIO PARA O SEXO MASCULINO
  - RESERVISTA OU CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO

(ORIGINAIS)

- ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL.
- CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS.
- DECLARAÇÃO DE BENS.
- DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.
- DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO, SE POSSUIR OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO, PARA DEMONSTRAÇÃO DE COMPATIBILIDADE COM O HORÁRIO DISPONÍVEL E DE INTERESSE DO ÓRGÃO PÚBLICO;
- CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS
- 01(UMA) FOTO 3X4 COLORIDA
- CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

<b>ANEXO II EXAMES</b>
----------------------------

- 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 de Coluna.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## ANEXO III

### 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