



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

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

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA os candidatos Aprovados no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2019, 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**  
CARGO: TÉCNICO EM RADIOLOGIA  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
49	LEANDRO DE OLIVEIRA	APROVADO	8	16	36	60

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CARGO: MOTORISTA DE ÔNIBUS  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
119	JOELCIO RIBEIRO DA SILVA	APROVADO	20	20	54	94

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CARGO: PSICÓLOGO  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
46	BRUNA CHORMIAK CUMINI	APROVADO	8	20	42	70

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CARGO: FISIOTERAPEUTA  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
136	DENISE DE CARVALHO VIEIRA	APROVADO	12	20	24	56

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CARGO: ENFERMEIRO  
LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CADASTRO RESERVA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
178	JHENNIFER MARA LEITE ROSSI GONCALVES	APROVADO	16	20	48	84



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARGO: FISCAL SANITÁRIO

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
185	JONATHAN FERREIRA DE ALECRIM	APROVADO	20	20	42	82

## SECRETARIA MUNICIPAL DE AGRICULTURA, DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SUSTENTÁVEL.

CARGO: VETERINÁRIO

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE AGRICULTURA, DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO  
SUSTENTÁVEL – CADASTRO RESERVA.

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
7	TIAGO BARTOLO ROMERO	APROVADO	12	12	42	66

## SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA

CARGO: OPERADOR DE MÁQUINA PESADA

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
72	JAME NAISMTH PEREIRA DA ROSA	APROVADO	12	20	48	80

## SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA

CARGO: OPERADOR DE MOTONIVELADORA

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
81	WANILSON ALMEIDA DA SILVA	APROVADO	20	16	60	96

## SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA

CARGO: SERVIÇOS GERAIS

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA – CADASTRO RESERVA.

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
110	JOSIANE XIQUETO PEREIRA	APROVADO	20	12	42	74
36	EVERTON DE CARVALHO REZER	APROVADO	8	12	42	62

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CARGO: ASSISTENTE SOCIAL

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CADASTRO RESERVA

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
174	ANGELA APARECIDA PIOVESAN	APROVADO	16	20	36	72

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: APOIO ADM. EDUC. (B) MANUTENÇÃO DE INFRAESTRUTURA

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

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
8	LEANDRO MARCOLINO DA ROCHA SILVA	APROVADO	12	20	48	80



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: APOIO ADM. EDUC. (B) MANUTENÇÃO DE INFRAESTRUTURA

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – E. M. VALSIR ANDRÉ FERRARINI

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
108	ANA PAULA DE JESUS	APROVADO	16	16	36	68

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: APOIO ADM. EDUC. (D) TRANSPORTE E CONDUÇÃO DE VEÍCULO ESCOLAR

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
38	EDINEI ERLICH	APROVADO	8	12	54	74

## SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CARGO: APOIO ADM. EDUC. (A) NUTRIÇÃO ESCOLAR

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – VALSIR ANDRÉ FERRARINI

INSC.	NOME DO CANDIDATO	CLASSIFICAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOT.
117	ROSINEIA DA COSTA	APROVADO	8	16	42	66

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 14 de Junho 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 E CPF 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 NEGATIVA 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