

O MUNICÍPIO DE PORTO DOS GAÚCHOS, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ 03.204.187/0001-33, com sede na Praça Leopoldina Wilke, 19, caixa postal 11, CEP 78.560-000, Porto dos Gaúchos, Estado de Mato Grosso, por meio de seu representante legal o PREFEITO MUNICIPAL Sr. MOACIR PINHEIRO PIOVESAN, vem respeitosamente à presença de todos para convidar a população em geral, bem como os Vereadores e demais autoridades, para uma audiência pública referente à Apresentação da LOA (Lei Orçamentária Anual), que será realizada no dia 22 de Outubro de 2020 a partir das 09h00m, no plenário da Câmara Municipal de Porto dos Gaúchos, pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Finanças.

Porto dos Gaúchos MT, em 05 de Outubro de 2020.

MOACIR PINHEIRO PIOVESAN  
Prefeito Municipal

### PROCESSO SELETIVO

#### EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 005 PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº. 001/2017

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA o candidato CLASSIFICADO 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: 11 PSF: SÃO JOÃO - CADASTRO RESERVA

Nº DA INSC.	Nº DO CPF	NOME CANDIDATO	PROVA OBJETIVA 1ª ETAPA	PROVA TÍTULO 2ª ETAPA	RESULTADO FINAL	SITUAÇÃO
46	057.589.351-66	IVAN ROVARI	50	-	50	CLASSIFICAD A CR

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 09 de Outubro de 2020.

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)

PIS OU PASEP  
 COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (HISTÓRICO/ATESTADO/CERTIFICADO DE CONCLUSÃO ENSINO MÉDIO)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO CANDIDATO(ATUALIZADO)  
 CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES  
 RESERVISTA OU CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO (MASCULINO)

#### (ORIGINAIS)

CARTEIRA DE TRABALHO  
 01(UMA) FOTO 3X4 COLORIDA  
 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

#### (INFORMAR)

CONTA BANCÁRIA E AGENCIA (PAGAMENTO DO SALÁRIO)  
 E-MAIL  
 NÚMERO DE TELEFONE PARA CONTATO

#### ANEXO II EXAMES

- 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.

#### 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:  
 nascimento \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Data de \_\_\_\_\_  
 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:

Apto  
 Inapto

#### Riscos Ocupacionais

Físicos  Ergonômicos  Químicos  
 Biológicos  Acidentes  Sem Risco

#### Próxima Avaliação:

seis meses  um ano  dois anos

Declaro ter recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PORTO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
 A segunda via deste atestado.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura Servidor Carimbo e Assinatura Médico/CRM

ÓRGÃO EMPREGADOR:

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos-MT – CNPJ nº

03.204.187/0001-33

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Servidor:  
 Idade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Funcção 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

#### HISTÓRICO OCUPACIONAL

Empregos Anteriores \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Tempo na empresa: \_\_\_\_\_

Poeira  Ruído  Calor excessivo  Frio  Radiação   
 Alta Pressão  Baixa Pressão  Outros   
 Metais Pesados: Ácidos  Solventes orgânicos  Inseticidas

Funcionadas

Urinar  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