



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2021**

## **EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 060**

1. A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA os candidatos Aprovados/Classificados no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2021, para comparecerem no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da publicação deste edital, no Paço Municipal da Prefeitura de Porto dos Gaúchos - MT apresentando os documentos de habilitação (Anexo I), e exame médico admissional (Anexo II), a fim de serem contratados nos respectivos cargos.

2. 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 EDUCAÇÃO**

**CARGO: TECNICO ADMINISTRATIVO EDUCACIONAL**

**LOCAL: ESCOLA MUNICIPAL GUSTAVO ADOLFO WILKE**

INSC.	NOME DO CANDIDATO	SITUAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOTAL
554	TAIS FERREIRA CORTES	CLASSIFICADO	12,0	20,0	36,0	68,0
920	DANIELI DO NASCIMENTO MATOS	CLASSIFICADO	12,0	20,0	36,0	68,0
156	RACHEL VITALE FIORILLO GAMA	CLASSIFICADO	4,0	12,0	48,0	64,0
446	VALDINEI DOS SANTOS VIDAL	CLASSIFICADO	12,0	16,0	36,0	64,0

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 03 de Agosto de 2022.

**VANDERLEI ANTONIO DE ABREU**  
**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
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO (se casado, cópia CPF do cônjuge)
- CARTEIRA DE TRABALHO
- PIS OU PASEP
- 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

- CERTIFICADO DE RESERVISTA – OU ALISTAMENTO MILITAR

### ❖ 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.
- CERTIDÃO DE QUITAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL.
- DECLARAÇÃO DE BENS.
- DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.
- CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS MUNICIPAIS DE PORTO DOS GAÚCHOS

### ❖ (INFORMAR)

- CONTA BANCARIA E AGENCIA (PAGAMENTO DO SALÁRIO)
- EMAIL
- NÚMERO DE TELEFONE PARA CONTATO



# 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