



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 002/2021

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 013

1. A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA os candidatos Aprovados/Classificados no Processo Seletivo Simplificado nº 002/2021, 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 no prazo acima estabelecido.

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 SAÚDE

CARGO: TECNICO EM ENFERMAGEM

LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

INSC.	Nº DO CPF	NOME DO CANDIDATO	SITUAÇÃO	PORT.	MAT.	ESP.	TOTAL
1070	037.264.181-48	JULIANA NASCIMENTO GUERRA	CLASSIFICADO	4,0	12,0	36,0	52,0
1065	056.149.211-50	ADRIANE CLAUDIA JURUCATU	CLASSIFICADO	12,0	8,0	30,0	50,0

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 12 de Dezembro 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