



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS

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

## **EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 068**

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 SAÚDE**

**CARGO: MOTORISTA**

**LOCAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

INSC.	NOME DO CANDIDATO	SITUAÇÃO	POR.	MAT.	ESP.	TOTAL
603	ALBARI ALVES JUNIOR	CLASSIFICADO	20,0	16,0	42,0	78,0

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 15 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 GAUCHOS

### ❖ (INFORMAR)

- CONTA BANCARIA E AGENCIA (PAGAMENTO DO SALARIO)
- EMAIL
- NUMERO 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