**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº. 001/2022**

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 022**

A Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos - MT CONVOCA os candidatos Aprovados/Classificados no Processo Seletivo Simplificado nº 001/2022, 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 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 EDUCAÇÃO**

**CARGO: APOIO ADMINISTRATIVO EDUCACIONAL “E” – AUXILIAR DE SALA**

**LOCAL: CRECHE MUNICIPAL PEQUENO PRINCIPE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSC.** | **NOME DO CANDIDATO** | **SITUAÇÃO** | **POR.** | **MAT.** | **ESP.** | **TOTAL** |
| **1331** | **MARISA APARECIDA DE SOUZA** | **CLASSIFICADO** | **4,0** | **4,0** | **42,0** | **50,0** |
| **1490** | **BEATRIZ AMARAL NEVES** | **CLASSIFICADO** | **4,0** | **4,0** | **42,0** | **50,0** |

Prefeitura Municipal de Porto dos Gaúchos/MT, 17 de fevereiro de 2023.

**VANDERLEI ANTONIO DE ABREU**

**Prefeito Municipal**

**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
* 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.
* COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL.
* DECLARAÇÃO DE BENS.
* DECLARAÇÃO QUE NÂO POSSUI OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.
* CERTIDAO NEGATIVA DE DEBITOS MUNICIPAIS DE PORTO DOS GAUCHOS
* **(INFORMAR)**
* CONTA BANCARIA E AGENCIA (PAGAMENTO DO SALARIO)
* EMAIL
* NUMERO DE TELEFONE PARA CONTATO

**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 MEDICA:

( ) 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Asculta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ap. Circ. Asculta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abdomem Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Palpação\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ap. Genito Urinário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coluna Vertebral\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sistema Nervoso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Exames Complementares \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de lentes corretoras: Não ( ) Sim ( )

CONCLUSÃO: ( ) APTO ( ) INAPTO