



8ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado

Convocamos os aprovados no Processo Seletivo Simplificado, referente ao Edital SME nº 001/2019 (**lista em ordem classificatória anexa**), para comparecerem nos endereços abaixo descritos, nos dias e horários citados, para tratarem de assuntos relativos à sua contratação.

Junta Médica – dia 12 de maio de 2021 na sede do Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Cidade Ocidental – OCIDENTALPREV (com as fichas em anexo devidamente preenchidas a serem entregues no dia agendado).

Situada na SQ 13, Qd 01, casa 44 – Centro, **a partir das 14h, agendar com antecedência através do telefone 3625-100**, munidos dos exames atualizados (máximo 60 dias da data da apresentação) abaixo especificados:

- Radiografia do tórax com laudo;
- Hemograma completo;
- Glicemia em jejum;
- Elementos anormais e sedimentos de urina (EAS).

OBS.: A pessoa classificada com deficiência (PNE) deverá comparecer à Junta Médica do Município munido de toda a documentação exigida no item 13.1 do Edital e laudo médico (original ou cópia autenticada), emitido nos últimos 12 (doze) meses que ateste a espécie e o grau ou o nível de deficiência, bem como a sua provável causa, com expressa referência ao respectivo código do CID – Classificação Internacional de Doenças, conforme determina o inciso IV, do Artigo 22 da Lei 14.715/2004.

Secretaria Municipal de Educação: dias 10 e 11 de maio de 2021 (com agendamento prévio pelos telefones: 3903-2010 ou 3903-2011).

Situada na Rua Jacob, lotes 73/74 – Setor de Mansões Suleste, **das 8h30 às 11h30 e das 13h30 às 16h30**, munidos dos documentos abaixo descritos, conforme Edital.

➤ **Cópia (as mesmas serão autenticadas na sede da Secretaria)**

- RG;
- CPF;
- Título de eleitor com comprovante de quitação eleitoral;
- Certificado de reservista (masculino);
- Cartão PIS/PASEP;



- Comprovante de residência (atualizado);
- Comprovante de escolaridade (diploma e histórico ou certificado de conclusão e histórico) exigida para a função;
- Se for casado (a), incluir a certidão de casamento, RG e CPF do cônjuge.

➤ **Documento original**

- Foto 3x4 (atual)
- Certidão negativa de débitos (fiscalização tributária municipal – **Centro Administrativo**)
- Certidão negativa de antecedentes criminais da justiça federal e estadual;
- Declaração que não exerce outro cargo ou emprego público;
- Declaração de bens;
- Comprovante de conta bancária do ITAÚ.

Cidade Ocidental, 07 de maio de 2021.



ANDERSON LUCIANO DE CARVALHO
Secretário Municipal de Educação
Decreto nº 003/2021



8ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

PROFESSOR SUBSTITUTO – PEDAGOGIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
148	IONARA MAGNA DE OLIVEIRA SILVA	700.353.811-32	25
149	JÉSSICA NUNES BATISTA	048.726.101-13	25
150	DEBORA ATAIDES DE OLIVEIRA	047.355.331-76	25
151	MARIA ANGÉLICA ALVES MACIEL DE OLIVEIRA	049.050.341-16	25
152	IASMINY MARQUES ARAGÃO LIMA	046.906.061-10	25

PROFESSOR SUBSTITUTO – GEOGRAFIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
12	RENATA DA MATA LIMA	49.563.923-03	23

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - SUBSTITUTO – POLO 02

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
36	LEANDERSON SILVA DA CONCEIÇÃO	044.642.581-82	27
37	LEE PETTERSON DA SILVA ALMEIDA	591.833.062-34	27
38	MARCELINO SANTANA DOS SANTOS	410.292.591-00	27
39	MARIA FRANCISCA CORREIA GOMES	018.345.643-01	27

Cidade Ocidental, 07 de maio de 2021.

ANDERSON LUCIANO DE CARVALHO
Secretário Municipal de Educação
Decreto nº 003/2021

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

TIPO DE EXAME:

() ADMISSIONAL () PERIÓDICO () DEMISSIONAL () ESPECIAL
() MUDANÇA DE FUNÇÃO () RETORNO AO TRABALHO () OUTROS _____

ATESTO QUE:

NOME: _____

RG: _____ IDADE: _____ ANOS DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: M () F ()

FOI CLINICAMENTE EXAMINADO E CONSIDERADO:

() APTO () APTO COM RESTRIÇÕES _____
() INAPTO TEMPORÁRIO () INAPTO DEFINITIVO

PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____

EXISTE RISCO OCUPACIONAL () SIM () NÃO

TIPO DE RISCO EXISTENTE

QUÍMICOS

() GASES () POEIRAS () NÉVOAS () VAPORES () FUMOS () SOLVENTES
() HIDROCARBONETOS () CIMENTO () ÁCIDOS () ÁLCALIS

FÍSICOS

() RUÍDOS () RADIAÇÕES IONIZANTES () RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES () VIBRAÇÕES
() FRIO () CALOR () UMIDADE

BIOLÓGICOS

() VÍRUS () FUNGOS () BACTÉRIAS () PROTOZOÁRIOS () PARASITAS

EXAMES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM O SOLICITADO PELO MÉDICO, INERENTES À FUNÇÃO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____

CIDADE OCIDENTAL - GO ____/____/____

MÉDICO ENCARGADO: _____

MÉDICO COORDENADOR: _____

DECLARO TER RECEBIDO A SEGUNDA VIA DESTE ATESTADO NA DATA ABAIXO:

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

[illegible]

PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

JUNTA MÉDICA OFICIAL

EXAME ADMISSIONAL

Termo de Responsabilidade

(Deverá ser preenchido pelo candidato com letra de forma legível)

Eu, _____[nome completo do candidato]

CPF n.º _____ RG n.º _____.

Candidato (a) a ingresso no Serviço Público Municipal, declaro que todas as informações por mim preenchidas no questionário de Exame Médico Admissional, são verdadeiras, corretas e completas.

Declarando ter conhecimento que qualquer fato ou omissão cometido no preenchimento das respostas dos quesitos, poderá me imputar sanções legais ou penalidades jurídicas, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação de meu estado de saúde.

Data: ____/____/____.

Assinatura do Candidato

QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSIONAL CONFIDENCIAL

Nome do Candidato:	
CPF:	RG:

Cargo para o qual se candidata: _____ Proveniente do Cargo: _____

Data de Nascimento: / /	Sexo: F () M ()	Estado Civil:
---------------------------------	-----------------------	---------------

Assinale as respostas às perguntas que aqui estão formuladas. Se tiver dúvidas sobre alguma indagação, deixe a resposta em branco e pergunte ao médico por ocasião do seu exame de saúde.

Perguntas:	Sim	Não	Não Sei
01- Usa óculos por indicação médica?	()	()	()
02- Tem dificuldade para enxergar?	()	()	()
03- Teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?	()	()	()
04- Teve sua audição diminuída em um dos ouvidos?	()	()	()
05- Teve alguma doença nos ouvidos?	()	()	()
06- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	()	()	()
07- Tem se sentido muito nervoso(a)?	()	()	()
08- Tem dormido mal?	()	()	()
09- Tem alguma alergia?	()	()	()
10- Sua pele tem alguma anormalidade?	()	()	()
11- Sua pele tem alguma doença crônica?	()	()	()
12- Tossiu ou cuspiu sangue?	()	()	()
13- Teve alguma doença pulmonar?	()	()	()
14- Sente falta de ar?	()	()	()
15- Tem pressão alta?	()	()	()
16- Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?	()	()	()
17- Tem problemas intestinais ou estomacais?	()	()	()
18- Eliminou sangue nas suas fezes?	()	()	()
19- Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	()	()	()
20- Tem habitualmente dores nas juntas?	()	()	()
21- As suas juntas habitualmente incham?	()	()	()
22- Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	()	()	()
23- Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	()	()	()
24- Teve alguma parte do corpo paralisada?	()	()	()
25- Ficou alguma vez “sem sentido” (desmaiou)?	()	()	()
26- Teve convulsões?	()	()	()
27- Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?	()	()	()
28- Teve algum problema de rins ou bexiga?	()	()	()
29- Teve doenças sexualmente transmissíveis?	()	()	()
30- Alguém da família é diabético?	()	()	()
31- Foi tratado(a) de algum tumor?	()	()	()

Rubrica:

OBSERVAÇÕES:

PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

JUNTA MÉDICA OFICIAL

EXAME ADMISSIONAL

QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSIONAL CONFIDENCIAL

Perguntas:	Sim	Não	Não Sei				
32- Foi operado(a)?	()	()	()				
Se sim descreva a cirurgia:							
33- Teve alguma ferida séria?	()	()	()				
34- Sofreu algum acidente?	()	()	()				
35- Carteira de vacinação completa?	()	()	()				
36- Fuma?	()	()	()				
37- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	()	()	()				
38- Usa habitualmente bebida alcoólica?	()	()	()				
39- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	()	()	()				
40- Tem intranquilidade no lar?	()	()	()				
41- Tem faltado ao trabalho anterior por doença?	()	()	()				
42- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	()	()	()				
43- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar no quesito 46.	()	()	()				
44- Na sua família algum membro faz tratamento psiquiátrico/psicológico?	()	()	()				
45- Caso afirmativo, houve necessidade de internação?	()	()	()				
46- Tem feito uso habitual de algum medicamento?	()	()	()				
Se sim qual:							
47- No momento está fazendo algum tratamento médico?	()	()	()				
Se sim, especificar:							
Você é portador de alguma das doenças abaixo:							
48- Cardíaca?	()	()	()				
49- Asma?	()	()	()				
50- Tuberculose?	()	()	()				
51- Bronquite?	()	()	()				
52- Doença do aparelho gastrointestinal?	()	()	()				
53- Doença do fígado ou hepatite?	()	()	()				
54- Hérnia?	()	()	()				
55- Doença do pâncreas?	()	()	()				
56- Diabetes?	()	()	()				
57- Doença neoplásica?	()	()	()				
58- Doença dos Rins?	()	()	()				
59- Reumatismo?	()	()	()				
Você sente:							
60- Dores nas costas?	()	()	()				
61- Dores nos ombros, braços ou mãos?	()	()	()				
62- Dores nas pernas ou nos pés?	()	()	()				
Antecedentes Familiares – Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo:							
Doença	Sim	Não	Parentesco	Doença	Sim	Não	Parentesco
63- Diabetes				64- Cardiopatia			
65- Hipertensão				66- Neoplasia			
67- Distúrbio mental				68- Surdez			
69- Alcoolismo				70- Tuberculose			
71- Asma				72- Alergia			
<u>Rubrica:</u>							

INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO EXAMINADOR

Anamnese:		
Exame Físico:		
	Peso:	Altura:
Aparelho Áudio Visual:		
Cabeça e Pescoço:		
Aparelho Cardiorrespiratório:		
	P.A.:	Pulso:
Abdômen:		
Coluna Vertebral:		
Membros Superiores:		
Membros Inferiores:		
Obs.: Data ____ / ____ / ____		
_____ Carimbo e Assinatura do Médico		