



## 15ª 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 – dias 19 e 20 de outubro de 2021 na sede da OCIDENTAL PREV (com as fichas em anexo devidamente preenchidas em 2 vias 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 da Ocidental Prev 3625-1006**, 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:

**Secretaria Municipal de Educação: 05 a 08 de outubro 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, 30 de setembro de 2021.



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



**15ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**

**Edital SME nº 001/2019**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – PEDAGOGIA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
331	RAQUEL FERREIRA NASCIMENTO	010.792.691-18	24
332	BEATRIZ RAMOS E SILVA	033.290.401-65	24
333	HELOÍSA HELENA DE JESUS SILVA MARTINS	030.548.631-40	24
334	KARINA GOMES DA SILVA	023.891.651-09	24
335	NÚBIA LAFAIETE BORGES MOTA	026.992.041-29	24
336	RUTH ELLEN GOMES SOARES	023.621.611-29	24
337	ROSEANE FARIAS MACHADO	037.947.053-51	24
338	ADRIANA NOGUEIRA MENKE	002.366.361-89	24
339	ALINE CRISTINE GONCALVES DE MENEZES	036.793.961-47	24
340	FRANCISCA FERNANDA DE ARAÚJO FRANÇA	053.782.623-80	24
341	JESSICA FERREIRA BEZERRA MARQUES	046.564.611-56	24
911	<b>CLÉBIA PORTELA DE AGUIAR - PNE</b>	523.559.421-53	21

**PROFESSOR SUBSTITUTO – MATEMÁTICA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
38	MARIA SÔNIA TEIXEIRA DE FRANÇA	634.849.431-49	22
39	MARIA VALDENICE MACHADO	792.624.143-15	22
40	LUCÉLIA RIBEIRO DA SILVA DRUMOND	932.273.611-91	22



**15ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**

**Edital SME nº 001/2019**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – LÍNGUA PORTUGUESA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
33	ALINE SILVA GOMES	017.284.861-06	25
34	ELIZANGELA OLIVEIRA DA COSTA	012.245.451-09	25

**PROFESSOR SUBSTITUTO – GEOGRAFIA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
24	DANIEL TEIXEIRA DA SILVA	057.542.171-10	20
25	KÁTIA REGINA BARBOSA DE ALMEIDA	032.369.886-73	20

**PROFESSOR SUBSTITUTO – INGLÊS**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
29	HERIBERTO VIEIRA DO NASCIMENTO	466.965.803-44	18

**PROFESSOR SUBSTITUTO – ARTE**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
11	JOÃO PAULO DOS SANTOS OLIVEIRA	036.566.061-29	21
12	JOELMA CRISTALINO PEREIRA	635.380.751-15	20



**15ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**

**Edital SME nº 001/2019**

**AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - SUBSTITUTO – POLO 01**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF/RG	NOTA
58	ANA PAULA BARBOSA DE SOUZA	054.595.471-13	22
59	ELIANE SANTOS BRITO	026.987.975-76	22
60	MARIA DEJANIRA GENOVEVA DE SOUZA	027.782.455-96	21
61	MARIA DO AMPARO SILVA	477.658.791-20	21
62	SARAH HELENA CORREIA MAGALHÃES BRAGA	6551966 SSP/GO	21
63	FRANCYS NAYARI DA SILVA SANSÓN	097.261.71-20	21

**AGENTE ADMINISTRATIVO - SUBSTITUTO – POLO 01**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
16	ANTONIO CARLOS SILVA DINIZ	028.837.631-51	25

**AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - SUBSTITUTO – POLO 02**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
155	RITA DE CÁSSIA MOREIRA GALVÃO	050.846.401-32	24
156	YURI ALVES DOS SANTOS	073.146.521-04	24
157	ANNY REBECA SANTIAGO FERREIRA	071.373.871-52	24
158	BRUNO SOARES BORGES	726.269.091-49	24
159	ELIVAN GONZAGA DE SOUZA	884.980.851-87	24
160	EVILAINE COSTA MOREIRA	885.001.441-49	24
161	KELBER ALMEIDA DOS SANTOS	036.215.981-54	24
162	LINDALVA DA SILVA MOREIRA	278.126.502-00	24
163	LUCÉLIA FELISBINO DE JESUS SILVA	563.255.251-91	24



164	PATRICIA ALVES DE JESUS	032.743.291-851	24
165	RAQUEL PEREIRA ALMEIDA	706.321.711-97	24
166	RAQUEL SOARES RAMALHO	224.262.561-68	24
167	TÂNIA APARECIDA DE CARVALHO MARQUES	238.856.451-49	24
168	UEDER GONÇALVES FERREIRA	704.987.761-15	24
169	ELIETE VASCONCELOS ALVES	389.624.461-20	24
170	JACKSON DE ANDRADE SILVA	705.490.651-99	24
171	RAYANE SANTOS COUTINHO	029.889.641-90	24
172	MARIA RODRIGUES DE SOUSA	725.358.733-20	23
173	LAIANE FERREIRA VALADARES	115..388.636-77	23

**MERENDEIRA SUBSTITUTA – POLO 01 E 02**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
59	SEBASTIANA ALVES TEIXEIRA	490.411.851-00	23
60	THATIANE MARIA DE OLIVEIRA	718.990.731-91	23
61	LUIZ AUGUSTO RODRIGUES DE LIMA	031.033.441-12	23
62	MARIA CRISTINA SANTOS DO LAGO	149.672.002-49	23
63	MICHELLE RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA	030.024.841-56	23
64	THIAGO LUÍS BARROS RAMALHO	073.301.741-06	23
65	IVANI MARIA DE JESUS	692.830.011-68	22
66	MIRIAN DE JESUS OLIVEIRA	929.838.471-87	22
67	DANIELLA RODRIGUES DA SILVA	717.029.461-34	22
68	FABIANA DOS REIS FARIAS	724.279.571-00	22
69	JULIANA MARTINS ARAUJO	041.742.621-60	22
70	LUCICLEIA DIAS LOPES	794.545.851-34	22
71	NARA NAYANE LOOUS DA SILVA VIANA	013.584.283-28	22



**15ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**  
**Edital SME nº 001/2019**

**AGENTE ADMINISTRATIVO - SUBSTITUTO – POLO 02**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
26	LEONIDAS VICENTE CAVALCANTE	071.521.341-54	27
27	MARIANA PEREIRA ALVES	069.426.541-16	27
28	ÁLISSON CASTRO DE ALBUQUERQUE	704.013.491-87	27

**Cidade Ocidental, 30 de setembro 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 ENCARREGADO:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO COORDENADOR:** \_\_\_\_\_

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

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO**



PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

JUNTA MÉDICA OFICIAL

EXAME ADMISSSIONAL

## **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

<b>Nome do Candidato:</b> _____	
CPF: _____	RG: _____

<b>Cargo para o qual se candidata:</b> _____ 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 inchação (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:**

<b>OBSERVAÇÕES:</b>          
---

PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

JUNTA MÉDICA OFICIAL

EXAME ADMISSSIONAL

**QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSSIONAL CONFIDENCIAL**

<b>Perguntas:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sei</b>				
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 intranqüilidade 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:							
<b>Você é portador de alguma das doenças abaixo:</b>							
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?	( )	( )	( )				
<b>Você sente:</b>							
60- Dores nas costas?	( )	( )	( )				
61- Dores nos ombros, braços ou mãos?	( )	( )	( )				
62- Dores nas pernas ou nos pés?	( )	( )	( )				
<b>Antecedentes Familiares – Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo:</b>							
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			
<b><u>Rubrica:</u></b>							

## 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	