



### 6ª CONVOCAÇÃO - Processo Seletivo Simplificado

Convocamos os aprovados no Processo Seletivo Simplificado, referentes 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 25 de março 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 (61) 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: dias 22 e 23 de março 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;

C:\Users\usdario\Dani\SME 2021\CONVOCAÇÕES\CONVOCAÇÃO 06- Processo Seletivo 2020 - ANO 2021.doc

Endereço: Rua Jacob Lotes 73/74 Setor de Mansões Suleste – Cidade Ocidental -GO Telefones: 3903-2010 / 3903-2011





- 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, 19 de março de 2021.

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





# $6^a \ CONVOCA \\ \zeta \\ \tilde{A}O - 2021$ Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

### PROFESSOR SUBSTITUTO - PEDAGOGIA

| 134 | KELLY CRISTINA NEVES PINTO         | 012.924.271-32 | 25 |
|-----|------------------------------------|----------------|----|
| 135 | GLÉCIA COSTA DOS SANTOS            | 007.071.521-19 | 25 |
| 136 | ROSELINE FERREIRA DE SÁ            | 013.826.471-66 | 25 |
| 137 | STEFANIE TUPY AMARAL CORDEIRO      | 009.640.361-14 | 25 |
| 138 | CARLA DOS SANTOS OLIVEIRA          | 015.838.301-03 | 25 |
| 139 | VANESSA DE OLIVEIRA BEZARRA PORTES | 018.348.931-43 | 25 |
| 140 | NÚBIA DANIELLE DE ALMEIDA WORREL   | 871.266.722-68 | 25 |
| 141 | THAÍS PEREIRA RODRIGUES            | 016.006.926-21 | 25 |
| 142 | IARA CANTUÁRIO DE AZEVEDO ALVES    | 031.452.931-41 | 25 |

### PROFESSOR SUBSTITUTO - MATEMÁTICA

| 16 | ANA CAROLINE DOS SANTOS        | 064.877.231-42 | 24 |
|----|--------------------------------|----------------|----|
| 17 | CARLOS WILLIAM DOS SANTOS LIMA | 008.448.307-55 | 24 |
| 18 | TRACE KELLY DA SILVA RIBEIRO   | 014.363.067-95 | 23 |

### <u>PROFESSOR SUBSTITUTO – INGLÊS</u>

| N° | Nome do Candidato               | CPF            | NOTA |
|----|---------------------------------|----------------|------|
| 18 | MARIA DA CONCEIÇÃO ARAÚJO SOUZA | 648.535.513-87 | 22   |

CWisershield Panil SME 2021/CONI

C:\Users\usuario\Dani\SME 2021\CONVOCAÇÕES\CONVOCAÇÃO 06- Processo Seletivo 2020 - ANO 2021.doc

Endereço: Rua Jacob Lotes 73/74 Setor de Mansões Suleste – Cidade Ocidental -GO Telefones: 3903-2010 / 3903-2011 Page 1/2





### 6ª CONVOCAÇÃO – 2021 Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

### PROFESSOR SUBSTITUTO – EDUCAÇÃO FÍSICA

| Nº | NOME DO CANDIDATO                     | CPF            | NOTA |
|----|---------------------------------------|----------------|------|
| 6  | CAIO CÉSAR MASCENA LIMA               | 042.516.731-31 | 26   |
| 7  | LEONARDO AMADEU JUNIO RAMOS DE ARAUJO | 047.811.691-80 | 26   |
| 8  | HUDSON FERNANDES RIBEIRO              | 923.094.451-34 | 26   |
| 9  | LUCIANO RODRIGUES GOMES               | 006.803.721-05 | 26   |

### AGENTE ADMINISTRATIVO SUBSTITUTO - POLO 01

| Nº | NOME DO CANDIDATO                | CPF            | NOTA |
|----|----------------------------------|----------------|------|
| 6  | GABRIEL FABIANO RIBEIRO CARNEIRO | 052.596.271-99 | 26   |
| 7  | JOELSON BATISTA ROCHA            | 015.583.721-48 | 26   |
| 8  | MANUELLI ROBERTA DA SILVA NEVES  | 046.223.001-50 | 26   |
| 9  | SAMUEL DOURADO MALHEIRO          | **             | 26   |
| 10 | UBIRAJARA LUCENA MAIA            | 504.042.101-04 | 26   |
| 11 | FRANCIEL FERREIRA NOBRE          | 052.703.451-70 | 26   |
| 12 | LAURA CARVALHO DE MENEZES        | 055.160.751-30 | 26   |

Cidade Ocidental, 19 de março de 2021.

ANDERSON LUCIANO DE CARVALHO

Secretário Municipal de Educação Decreto nº 003/2021

Page 2/2

# PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE OCIDENTAL ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

|                             |   | E EXAME:                       |               |
|-----------------------------|---|--------------------------------|---------------|
| ( ) ADMISSIONAL             | ( ) PERIÓDICO                                     | ( ) DEMISSIONAL                | ( ) ESPECIAL  |
| ( ) MUDANÇA DE FUNÇÃO       | ( ) RETORNO AO TRABALI                            | O ( )OUTROS                    |               |
|                             | ATFS  | TO QUE:                        |               |
| NOME:                       | 71.20   | 10 402.                        |               |
| RG:                         | IDADE: AN   | IOS DATA DE NASCIMENTO /       | 1 1           |
| ESTADO CIVIL:               |   | SEXO: M( ) F( )                |               |
|                             |   |                                |               |
| F                           | OI CLINICAMENTE EXA                               | MINADO E CONSIDERADO:          |               |
|                             |   |                                |               |
| ( ) APTO                    |   | ( ) APTO COM RESTRIÇÕES        |               |
| ( ) INAPTO TEMPORÁRIO       |   | ( ) INAPTO DEFINITIVO          |               |
| _                           |   |                                |               |
| PARA EXERCER A FUNÇÃO DE:   |   |                                |               |
| EXISTE RISCO OCUPACIONAL (  | \ SIM ( ) NIÃO                                    |                                |               |
| EXISTE KISCO OCUPACIONAL (  | , , ,   |                                |               |
|                             | TIPO DE RIS                                       | CO EXISTENTE                   |               |
|                             |   |                                |               |
| QUÍMICOS                    | · · · <del>· · · · · · · · · · · · · · · · </del> |                                |               |
| ( ) GASES ( ) POEIRAS (     |   |                                |               |
| ( ) HIDROCARBONETOS ( ) CI  | MENTO ( ) ACIDOS (                                | ) ALCALIS                      |               |
| FÍSICOS                     |   |                                |               |
|                             | NIZANTES ( ) RADIAÇÕE                             | S NÃO IONIZANTES ( ) VIBRAÇÕES |               |
| ( ) FRIO ( ) CALOR ( )      | · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·             |                                |               |
|                             |   |                                |               |
| BIOLÓGICOS                  | : = : 0 = f = : 0                                 |                                |               |
| ( ) VIRUS ( ) FUNGOS (      | ) BACTERIAS ( ) PRO                               | DTOZOÁRIOS ( ) PARASITAS       |               |
|                             |   |                                |               |
| EXAMES COMPLEMENTA          | ARES DE ACORDO COM O                              | SOLICITADO PELO MÉDICO, INEREN | TES À FUNÇÃO. |
| ~                           |   |                                |               |
| INFORMAÇOES COMPLEMENTARES: |   |                                |               |
|                             |   |                                |               |
|                             |   |                                |               |
|                             |   |                                |               |
|                             |   |                                |               |
|                             |   |                                |               |
| CIDADE OCIDENTAL - GO       |   |                                |               |
| 5.22 = 5                    |   |                                |               |
| MÉDICO ENCARREGADO:         |   | MÉDICO COORDENADOR:            |               |
|                             |   |                                |               |
| DECLARO TER R               | PECERIDO A SEGUNDA                                | VIA DESTE ATESTADO NA DATA     | ARAIYO.       |
| DECEMBER 1                  | LOLDIDO A OLOGIADA                                | VIA DEGIL ATEGIADO NA DATA     | ADAIAO.       |
|                             |   |                                |               |
| DATA/                       |   |                                |               |
|                             |   | ASSINATURA DO FU               | INCIONÁRIO    |





#### Estado de Goiás PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL Gestão 2017/2020



# **PRONTUÁRIO**

| Nome:        |   | Nº do Registro:         |            |  |  |
|--------------|---|-------------------------|------------|--|--|
|              |   |                         |            |  |  |
|              | Estado Civil:   | Óbito:                  |            |  |  |
| Endereço:    |   |                         |            |  |  |
|              | Fone:   | _ Ocorrido em:          |            |  |  |
| Ponto de Re  | eferência:  |                         | ·····      |  |  |
|              | ii:   |                         |            |  |  |
| Nome da Ma   | ãe:   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
| Data de Nasc | cimento:/Nacionalidade:                                   | Naturalidade_           |            |  |  |
| CARGO:       |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
| _            |   | 4 .                     |            |  |  |
| Data         | Descrição dos atendimentos e procedimentos realizados, ex | ames fisicos e anamnese | Assinatura |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         |            |  |  |
|              |   |                         | Ī          |  |  |

### PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

### JUNTA MÉDICA OFICIAL

### **EXAME ADMISSIONAL**

# Termo de Responsabilidade

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

| Eu,  |              |        |                           |        |               |       |               |       |         | [nome com  | pleto do | candidato] |
|------|--------------|--------|---------------------------|--------|---------------|-------|---------------|-------|---------|------------|----------|------------|
| CP   | F n.°        |        |                           |        |               |       | RG n.º        |       |         |            |          | ·          |
|      | n preenchid  |        | ) a ingresso no questioná |        | -             |       | •             |       | -       |            | -        | -          |
| com  | pletas.      |        |                           |        |               |       |               |       |         |            |          |            |
|      | Declaran     | do t   | er conhecim               | ento q | ue qualquer   | fato  | ou omissão    | con   | netido  | no preen   | chime    | nto das    |
| resp | ostas dos qu | iesito | os, poderá m              | e impı | ıtar sanções  | lega  | is ou penalio | lades | jurídic | as, já quo | e faze   | m parte    |
| do   | conjunto     | de     | elementos                 | que    | compõem       | a     | avaliação     | de    | meu     | estado     | de       | saúde.     |
|      | Data:        | _/     |                           |        |               |       |               |       |         |            |          |            |
|      |              |        |                           |        |               |       |               |       |         |            |          |            |
|      |              |        |                           |        |               |       |               |       |         |            |          |            |
|      |              |        |                           |        | Assinatura do | o Can | ıdidato       |       | -       |            |          |            |

# QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSIONAL CONFIDENCIAL

| Nome do Candidato:   |                  |                 |            |  |  |  |
|--|------------------|-----------------|------------|--|--|--|
| CPF: RG:   |                  |                 |            |  |  |  |
|  |                  |                 |            |  |  |  |
| Cargo para o qual se candidata:  |                  |                 |            |  |  |  |
| Provimento do Cargo:   |                  |                 |            |  |  |  |
| Data de Nascimento: / / Sexo: F( ) M( )  | Estado Civil     | :               |            |  |  |  |
| Assinale as respostas às perguntas que aqui estão formuladas. Se tiver dúvidas sob | re alguma indaga | ção, deixe a re | esposta 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 frequentes 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:         |                 |            |  |  |  |
| 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 co   | ompleta?      |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 36- Fuma?  |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 37- Fuma além de vinte ciga  | arros em vir  | ite e quatro | horas?         |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 38- Usa habitualmente bebie  | da alcoólica  | ?            |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 39- Tem, ultimamente, aum  | entado a do   | se diária de | e bebida alcoó | lica?           | ( )      | ( )  | ( )        |
| 40- Tem intranqüilidade no   | lar?          |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 41- Tem faltado ao trabalho  |               | r doença?    |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 42- Já teve ou está tendo ass  | _             | -            | u psicológica? | )               | ( )      | ( )  | ( )        |
| 43- Usa alguma medicação   |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 44- Na sua família algum m   |               |              |                | •               | ( )      | ( )  | ( )        |
| 45- Caso afirmativo, houve   |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 46- Tem feito uso habitual d   |               |              | ,              |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| Se sim qual:   | o uiguiii iii |              | · ·            |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 47- No momento está fazenc   | do algum tra  | atamento n   | nédico?        |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| Se sim, especificar:   |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| Você é portador de alguma  | a das doen    | es ahaivo    | •              |                 |          |      |            |
| 48- Cardíaca?  | a das docin   | as abaixo    | •              |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 49- Asma?  |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 50- Tuberculose?   |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 51- Bronquite?   |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 52- Doença do aparelho gas   | trointestina  | 19           |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 53- Doença do fígado ou he   |               | •            |                |                 | . ,      | ( )  | ( )        |
| 54- Hérnia?  | pante.        |              |                |                 | . ,      | ( )  | ( )        |
| 55- Doença do pâncreas?  |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ` '        |
| 56- Diabetes?  |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 57- Doença neoplásica?   |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 58- Doença dos Rins?   |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 59- Reumatismo?  |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| Você sente:  |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 60- Dores nas costas?  |               |              |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
|  | os ou mãos    | )            |                |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| 61- Dores nos ombros, braços ou mãos? 62- Dores nas pernas ou nos pés? |               |              |                |                 |          | ( )  | ( )        |
| •  |               |              | 4 40 40        |                 | ( )      | ( )  | ( )        |
| Antecedentes Familiares –<br>Doença                                    | Sim           | Não          | Parentesco     | Doença          | Sim      | Não  | Dorontoggo |
| 63- Diabetes   | SIIII         | 1140         | raicillesco    | 64- Cardiopatia | SIIII    | 1140 | Parentesco |
| 65- Hipertensão  |               |              |                | 66- Neoplasia   |          |      |            |
| 67- Distúrbio mental   |               |              |                | 68- Surdez      |          |      |            |
| 69- Alcoolismo   |               |              |                | 70- Tuberculose |          |      |            |
| 71- Asma   |               |              |                | 72- Alergia     |          |      |            |
|  |               |              |                |                 | Rubrica: |      |            |

# INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO EXAMINADOR

| Anamnese:                     |                       |         |
|-------------------------------|-----------------------|---------|
|                               |                       |         |
|                               |                       |         |
|                               |                       |         |
| Exame Físico:                 |                       |         |
|                               |                       |         |
|                               | Peso:                 | Altura: |
| Aparelho Áudio Visual:        |                       |         |
| Aparellio Audio Visuai:       |                       |         |
|                               |                       |         |
| Cabeça e Pescoço:             |                       |         |
|                               |                       |         |
| Aparelho Cardiorrespiratório: |                       |         |
| Aparenio Cardioriespiratorio. |                       |         |
|                               | P.A.:                 | Pulso:  |
| Abdômen:                      | •                     |         |
|                               |                       |         |
|                               |                       |         |
|                               |                       |         |
| Coluna Vertebral:             |                       |         |
|                               |                       |         |
| Membros Superiores:           |                       |         |
|                               |                       |         |
| Membros Inferiores:           |                       |         |
| ivienioros interiores.        |                       |         |
|                               |                       |         |
| Obs.:                         |                       |         |
| Data / /                      |                       | (/1:    |
| Cari                          | mbo e Assinatura do M | lealco  |