



## 14ª 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 05 e 06 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: de 28 de setembro a 1º 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, 24 de setembro de 2021.



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



**14ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**  
**Edital SME nº 001/2019**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – PEDAGOGIA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
314	ZINEUDE DE SOUSA REZENDE	934.389.403-10	24
315	ALINE DINIZ DE ASSUNÇÃO	007.864.401-12	24
316	ANA PAULA TEIXEIRA DE ARAUJO	001.970.161-62	24
317	DANIELA MARTINS DE SOUZA LIRA	012.164.594-01	24
318	EVA MARQUES DE ARAÚJO	008.703.771-83	24
319	JOYCE ALVES FERREIRA	004.601.271-01	24
320	MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA BEZERRA	014.162.813-80	24
321	POLLYANA ARAÚJO DE SOUZA	012.629.181-03	24
322	FERNANDA DURAES DA SILVA DE ARAÚJO	010.687.201-07	24
323	GABRIELA RODRIGUES DA SILVA DE OLIVEIRA	006.517.501-80	24
324	JANAÍNA RICARDO DA SILVA	012.658.421-40	24
325	AKEMIA PEREIRA DOS SANTOS BORGES	012.735.221-09	24
326	GEISILLENE GOMES DOS ANJOS	731.078.831-15	24
327	JOSÉ EURÉLIO NEGREIROS DE SOUZA	022.049.801-61	24
328	PAULO VICTOR ALVES CAETANO	004.026.681-89	24
329	AMANDA DE OLIVEIRA MAGALHÃES	740.858.831-00	24
330	MARTA FERNANDES BELO	013.113.481-74	24

**PROFESSOR SUBSTITUTO – MATEMÁTICA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
35	DÉBORA OLIVEIRA DUARTE	723.335.961-04	22
36	DEBORA BENAI SPINDOLA SILVA	021.005.621-50	22
37	JOÃO PEDRO GOMES DA SILVA	055.485.561-50	22



**14ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**

**Edital SME nº 001/2019**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – LÍNGUA PORTUGUESA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
31	ZENON DE ARAUJO DOS SANTOS	011.961.081-70	25
32	LEANDRA MESTRE DE CARVALHO	001.779.041-78	25

**PROFESSOR SUBSTITUTO – GEOGRAFIA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
21	ELIZÂNGELA RODRIGUES AGUIAR	795.210.701-10	21
22	FULVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA	063.181.586-42	21
23	CHRISTOPHER PATRICK LELIS ROSA	022.277.641-20	21

**PROFESSOR SUBSTITUTO – HISTÓRIA**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
27	BRENDO WASHINGTON MEDEIROS GUIMARÃES	702.999.831-61	24
28	JOSE FERREIRA DE SOUSA JUNIOR	275.685.801-30	24

**PROFESSOR SUBSTITUTO – CIÊNCIAS**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
15	LUANA BEATRIZ RODRIGUES DA SILVA	055.992.261-23	25



**14ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**

**Edital SME nº 001/2019**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – INGLÊS**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
28	THAÍS FERNANDES FONTINELE PEREIRA	054.492.381-26	18

**PROFESSOR SUBSTITUTO – ARTE**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
09	ANTONIO MARCOS TARGINO DE OLIVEIRA	016.681.861-52	21
10	FABIANA LOURENÇO PAULINO TERTO	043.135.051-56	21

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

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
51	RENATO RODRIGUES FERREIRA	357.891.071-68	22
52	SAVIO PEREIRA MAIDANA	768.048.91-72	22
53	AMANDA REGINA DE JESUS	049.281.061-30	22
54	ANA LIMA ALVES	721.962.461-15	22
55	MARIA APARECIDA RODRIGUES XAVIER	983.689.071-87	22
56	OZANAM FREDERICO ALMADA FREIRE	121.495.271-20	22
57	ANA CAROLINA DA SILVA SANTOS	712.056.691-16	22

**AGENTE ADMINISTRATIVO - SUBSTITUTO – POLO 01**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
15	RODRIGO PAULO DE SENA	954.922.751-00	25



**14ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**

**Edital SME nº 001/2019**

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

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
130	DAIANE RIBEIRO DA CRUZ	055.044.941-84	24
131	ELDA ABRANDES DOS SANTOS	010.120.581-31	24
132	ELIDIANA NASCIMENTO DA SILVA	870.921.581-68	24
133	ELISANGELA BATISTA DE SOUSA PINTO	722.582.331-00	24
134	EUCLYDYA APOLINÁRIO OLIVEIRA	022.818.761-36	24
135	INARA SOUSA MARTINS	054.426.831-83	24
136	MARIA DO SOCORRO ALVES PUGAS RODRIGUES	973.176.751-72	24
137	MARIA JOSÉ DE SOUZA RUFINO LINS	239.862.801-97	24
138	MARIA ODINA SILVA	058.451.613-47	24
139	NILCE BRAGA DE ARAUJO	706.428.941-59	24
140	ALESSANDRA GOMES DA SILVA	010.471.311-96	24
141	ALINE VALERIO SANTOS SILVA	604.736.403-92	24
142	ANA CARLA PEREIRA DOS SANTOS	020.355.301-21	24
143	ANDERSON RODRIGUES SAMPAIO	053.020.141-06	24
144	ANGELICA MARIA COSTA	553.128.701-10	24
145	AUREA LÚCIA DE MELO ARAÚJO	025.527.711-30	24
146	AVANI ALVES BARBOSA FERREIRA	724.511.221-53	24
147	CAIQUE DOS SANTOS RAMOS	044.545.481-45	24
148	CLAUDIANO PESSOA DA SILVA	471.652.511-20	24
149	JOANA D'ARC DE LIMA	874.509.501-97	24
150	JOANA DARC DOS SANTOS DE OLIVEIRA FERNANDES	725.379.576-87	24
151	JOSEANE DO SOCORRO DA CRUZ	775.983.931-68	24
152	LIDIANE MARIANI OLIVEIRA	004.389.851-33	24
153	LUZIA MARIA DOS SANTOS	301.261.772- 87	24
154	MARIA DO AMPARO DE SOUSA	376.898.431-15	24



**14ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado**

**Edital SME nº 001/2019**

**MERENDEIRA SUBSTITUTA – POLO 02**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
44	SILMONICA PEREIRA DE SOUZA	515.823.761-15	24
45	MARIA LUIZA FERNANDES MESSIAS	768.935.611-72	23
46	ALINE DE ABREU	034.660.891-07	23
47	VERA LUCIA NEVES DE OLIVEIRA	428.880.691-72	23
48	ARTEMITA DE OLIVEIRA TAVARES	351.833.731-91	23
49	NELCILUCIA ALMEIDA DE ARAUJO	536.460.453-53	23
50	ROSIANE SILVA BELFORT	053.145.243-33	23
51	ANA CAROLINA SAMPAIO	728.607.581-00	23
52	JANETE FRANCISCA ARAÚJO	962.271.091-34	23
53	MÁRCIA CRISTINA DA ROCHA FONTOURA	721.685.281-87	23
54	WELLIANA FERREIRA DA SILVA	578.331.681-49	23
55	ANA CRISTIANE ALVES DE ALMEIDA	820.981.821-04	23
56	CRISTIANE VIEIRA MUNIZ	875.064.081-04	23
57	MARISA NEVES DE BARROS	952.703.881-20	23
58	QUÊNIA MÁRCIA MENDES DE OLIVEIRA	579.962.531-53	23

**AGENTE ADMINISTRATIVO - SUBSTITUTO – POLO 02**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
23	CLEIA LEANDRO DOS REIS DE ANDRADE	051.710.011-89	27
24	HYANE MARES CHAVES NEIVA	054.932.913-71	27
25	JESSICA KALYNE DOS SANTOS BRITO	065.2513.11-54	27

**Cidade Ocidental, 24 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> _____
Provimento 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.

<b>Perguntas:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Sei</b>
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:**

OBSERVAÇÕES:
--------------

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	