



5ª CONVOCAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2025

Convocamos os candidatos reservas aprovados no Processo Seletivo Simplificado, referente ao Edital nº 001/2025 (conforme a lista abaixo classificatória), para comparecerem nos endereços abaixo descrito, nos dias e horários citados, para tratarmos de assunto relativos à sua contratação.

CLASSIFICAÇÃO	CPF	NOME	CARGO
		RESERVA	
3º	564*****44	ADALVINA DE SOUSA FRANCO	ORIENTADOR SOCIAL
4º	793*****53	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS ALVES	ORIENTADOR SOCIAL
		RESERVA	
7º	078*****24	ANA CATARINA FALEIRO GALERO	VISITADOR

24 DE SETEMBRO DE 2025 – JUNTA MÉDICA

- **JUNTA MÉDICA**, localizada na Sq 12 Quadra 01 Lote 15 (ao lado Loja 1001) Centro - Cidade Ocidental - GO, no dia **24 de SETEMBRO (QUARTA-FEIRA) de 2025, HORÁRIO 11:40H** munidos dos formulários de exame admissional, devidamente preenchidos (doc. Anexo).

- No dia **30 de SETEMBRO de 2025 (TERÇA-FEIRA)**, de **08:30h às 11:30h**, comparecer na Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania, no endereço: Sq 10 Quadra 08 Lote 45A Área Especial (fica do lado do INSS) - Centro – Cidade Ocidental – GO.

Munidos de documentação (conforme a lista de documentação anexo)

Cidade Ocidental- GO, 17 de Setembro 2025.


JOSILENE SANTOS OLIVEIRA
Secretária Municipal de Assistência Social
Decreto Nº 018/2025



Documentação para admissão – COMISSIONADOS

Apresentar documentação em envelope na ordem listada abaixo:

CÓPIAS

1. – RG e CPF, Comprovante de N° do PIS/PASEP e Carteira de Trabalho
2. – Comprovante de residência atualizado
3. – Título de eleitor com comprovante da última eleição ou Certidão de Quitação do TER
4. – Certificado de reservista ou Alistamento Militar
5. – Comprovante de escolaridade exigida para o cargo
*Certificado e Histórico ou Diploma e Histórico
6. – Certidão de Casamento Acrescido do RG e CPF do cônjuge
7. – Certidão de Nascimento ou RG acrescidos do CPF dos dependentes menores de 21 anos e cópia:
* Cartão de vacina para menores de 5 anos
* Declaração de escolaridade para dependentes de 06 a 14 anos

DOCUMENTOS ORIGINAIS

8. – Certidão Negativa de Débitos (Município de Cidade Ocidental)
<https://gestao.cidadeocidental.go.gov.br/sig/app.html#/servicosonline/debito-contribuinte>
9. – Certidão Negativa Cível do Estado de Goiás
<https://www.tjgo.jus.br/index.php/processos/emissao-de-certidoes>
10. – Certidão Negativa Criminal do Estado de Goiás
<https://www.tjgo.jus.br/index.php/processos/emissao-de-certidoes>
11. – Atestado Admissional expedido pela Junta Médica Oficial do Município
12. – N° de Conta Corrente ou Conta Salário – Banco Itaú
13. – Declaração de Parentesco (a ser assinado no DRH)
14. – Declaração Negativa de Vínculos com outro Órgão ou Ente Federativo, ou Declaração de Vínculo contendo a carga horária, cargo e horário de trabalho (somente para os cargos com compatibilidade constitucional); (a ser assinado no DRH)
15. – Ficha cadastral preenchida (a ser preenchido no DRH)

A Superintendência de Gestão Pessoal da Prefeitura Municipal de Cidade Ocidental irá fazer a conferência e poderá entrar em contato para esclarecer ou substituir quaisquer documentos listados acima.



DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____, portador do CPF
nº _____, declaro para fins de posse no cargo de
_____ do Processo Seletivo Simplificado, do
Quadro de Pessoal de Contratação por Tempo Determinado desta Prefeitura, que nos
Termos do Artigo 10º parágrafo da Lei nº 442/2021, de 02 de Julho de 2001, em
concordância com a Lei nº 8.429, Artigo 13º parágrafo 2, de 02 de Junho de 1992, que os
meus bens e valores que compõem o meu patrimônio são os seguintes:

Por ser verdade, dato e assino a presente.

Cidade Ocidental-GO, _____ de _____ de _____

Declarante



DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

Eu, _____,
declaro que para os devidos fins que fizeram necessários e sob penalidades legais, que
NÃO POSSUO nenhum ou mais vínculos empregatícios no setor **PÚBLICO**, seja no
âmbito **MUNICIPAL, ESTADUAL** ou **FEDERAL**.

Por ser verdade, firmo a presente declaração ciente das penas administrativas,
cíveis ou criminais a que incorrerei em caso de falsa declaração.

Cidade Ocidental-GO, _____ de _____ de _____

Declarante



DECLARAÇÃO DE PARENTESCO

Eu, _____,

Servidor público municipal, ocupante do cargo _____,

_____ de provimento em comissão, **DECLARO**
para fins de aferição de meu grau de parentesco que **NÃO SOU** parente do Prefeito
Municipal, do Vice Prefeito ou de qualquer dos Vereadores ou Secretários do Município
de Cidade Ocidental.

Por ser verdade, firmo a presente declaração ciente das penas administrativas,
cíveis e criminais a que incorrerei em caso de falsa declaração.

Cidade Ocidental-GO, _____ de _____ de _____

Declarante

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
JUNTA MÉDICA OFICIAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE OCIDENTAL
ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL



TIPO DE EXAME:		
☐ ADMISSINAL	☐ MUDANÇA DE FUNÇÃO	☐ DEMISSINAL
☐ PERIÓDICO	☐ RETORNO AO TRABALHO	☐ OUTROS

DADOS PESSOAIS:		
NOME:		
CPF:	IDADE: ANOS	DATA DE NASCIMENTO: / /
ESTADO CIVIL:	SEXO: M () F ()	

CONCLUSÃO:	
☐ APTO	☐ APTO COM RESTRIÇÕES
☐ INAPTO	
PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____	
EXISTE RISCO OCUPACIONAL ☐ SIM ☐ NAO	

TIPO DE RISCO EXISTENTE	
QUÍMICOS	
☐ GASES ☐ POEIRAS ☐ VAPORES ☐ SOLVENTES	
☐ HIDROCARBONETOS ☐ CIMENTO ☐ ÁCIDOS ☐ ÁLCALIS	
FÍSICOS	
☐ RUÍDOS ☐ RADIAÇÕES IONIZANTES ☐ RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES ☐ VIBRAÇÕES	
☐ FRIO ☐ CALOR ☐ UMIDADE ☐ SONORO	
BIOLÓGICOS	
☐ VÍRUS ☐ FUNGOS ☐ BACTÉRIAS ☐ PARASITAS ☐ MICROORGANISMOS	

EXAMES COMPLEMENTARES	
MÉDICO PERITO:	
CARIMBO E ASSINATURA	

DECLARO TER RECEBIDO A SEGUNDA VIA DESTE ATESTADO NA DATA ABAIXO, ESTAR CIENTE COM INFORMAÇÕES ACIMA:	
DATA: / /	ASSINATURA DO SERVIDOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE OCIDENTAL
ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL



TIPO DE EXAME:		
☐ ADMISSSIONAL	☐ MUDANÇA DE FUNÇÃO	☐ DEMISSSIONAL
☐ PERIÓDICO	☐ RETORNO AO TRABALHO	☐ OUTROS

DADOS PESSOAIS:		
NOME:		
CPF:	IDADE: ANOS	DATA DE NASCIMENTO: / /
ESTADO CIVIL:	SEXO: M () F ()	

CONCLUSÃO:	
☐ APTO	☐ APTO COM RESTRIÇÕES
☐ INAPTO	
PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____	
EXISTE RISCO OCUPACIONAL ☐ SIM ☐ NAO	

TIPO DE RISCO EXISTENTE	
QUÍMICOS	
☐ GASES ☐ POEIRAS ☐ VAPORES ☐ SOLVENTES	
☐ HIDROCARBONETOS ☐ CIMENTO ☐ ÁCIDOS ☐ ÁLCALIS	
FÍSICOS	
☐ RUÍDOS ☐ RADIAÇÕES IONIZANTES ☐ RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES ☐ VIBRAÇÕES	
☐ FRIO ☐ CALOR ☐ UMIDADE ☐ SONORO	
BIOLÓGICOS	
☐ VÍRUS ☐ FUNGOS ☐ BACTÉRIAS ☐ PARASITAS ☐ MICROORGANISMOS	

EXAMES COMPLEMENTARES	
MÉDICO PERITO:	
CARIMBO E ASSINATURA	

DECLARO TER RECEBIDO A SEGUNDA VIA DESTE ATESTADO NA DATA ABAIXO. ESTAR CIENTE COM INFORMAÇÕES ACIMA:	
DATA: / /	ASSINATURA DO SERVIDOR



PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE OCIDENTAL



QUESTIONÁRIO-EXAME ADMISSIONAL

Nome Do Candidato:			
CPF:			
Data De Nascimento: / /		Sexo: F () M ()	Estado Civil:
Cargo para o qual se candidata:			

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 doença nos ouvidos?	()	()	()
04- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	()	()	()
05- Tem se sentido muito nervoso(a)?	()	()	()
06- Tem alguma alergia?	()	()	()
07- Sua pele tem alguma anormalidade?	()	()	()
08- Teve alguma doença pulmonar?	()	()	()
09- Sente falta de ar?	()	()	()
10- Tem pressão alta?	()	()	()
11- Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?	()	()	()
12- Sente tonturas frequentemente?	()	()	()
13- Tem habitualmente dores nas juntas?	()	()	()
14- Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	()	()	()
15- Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	()	()	()
16- Teve alguma parte do corpo paralisada?	()	()	()
17- Ficou alguma vez "sem sentido" (desmaiou)?	()	()	()
18- Teve convulsões?	()	()	()
19- Teve doenças sexualmente transmissíveis?	()	()	()
20- Alguém da família é diabético?	()	()	()
21- Foi operado(a)?	()	()	()
Se sim descreva a cirurgia:			
22- Sofreu algum acidente?	()	()	()
23- Carteira de vacinação completa?	()	()	()
24- Fuma?	()	()	()
25- Usa habitualmente bebida alcoólica?	()	()	()

Perguntas:		Sim	Não	Não Sei			
26- Tem intranqüilidade no lar?		()	()	()			
27- Tem faltado ao trabalho anterior por doença?		()	()	()			
28- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?		()	()	()			
29- Na sua família algum membro faz tratamento psiquiátrico/psicológico?		()	()	()			
30- Tem feito uso habitual de algum medicamento?		()	()	()			
Se sim, qual:							
31- No momento está fazendo algum tratamento médico?		()	()	()			
Se sim, especificar:							
Você é portador de alguma das doenças abaixo:							
32- Cardíaca?		()	()	()			
33- Asma?		()	()	()			
34- Tuberculose?		()	()	()			
35- Bronquite?		()	()	()			
36- Doença do aparelho gastrointestinal?		()	()	()			
37- Doença do fígado ou hepatite?		()	()	()			
38- Hérnia?		()	()	()			
39- Doença do pâncreas?		()	()	()			
40- Diabetes?		()	()	()			
41- Doença neoplásica?		()	()	()			
42- Doença dos Rins?		()	()	()			
43- Reumatismo?		()	()	()			
Você sente:							
44- Dores nas costas?		()	()	()			
45- Dores nos ombros, braços ou mãos?		()	()	()			
46- 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
47- Diabetes				52- Cardiopatia			
48- Hipertensão				53- Neoplasia			
49- Distúrbio mental				54- Surdez			
50- Alcoolismo				55- Tuberculose			
51- Asma				56- Alergia			
OBSERVAÇÃO:							
Assinatura do Servidor							



PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE OCIDENTAL
JUNTA MÉDICA OFICIAL

Termo de Responsabilidade

Eu, _____
(nome completo do candidato)

CPF 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 do meu estado de saúde.

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor