



16ª 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: dias 13 e 14 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, 07 de outubro de 2021.



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



16ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado
Edital SME nº 001/2019

PROFESSOR SUBSTITUTO – PEDAGOGIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
342	LEILE CARDOSO DA SILVA SANTOS	043.070.191-80	24
343	SARAH MENDES DE OLIVEIRA	043.044.851-13	24
344	JULIANA BEZERRA	047.110.081-10	24
345	NATHALIA SOUSA CARVALHO MARQUES	046.939.131-62	24
346	SUZANA DOS SANTOS	064.176.381-62	24
347	ABIGAIL MODESTO BEZERRA DE MENEZES	044.117.801-43	24
348	ANDRESSA SANTOS MARQUES	060.369.231-12	24
349	THIAGO MENDES DE MACEDO	058.622.441-66	24
350	LETÍCIA BARBOSA DOS SANTOS	058.428.131-57	24
351	AMANDA LINHARES DE SOUSA	707.163.981-76	24
352	MARIA LÚCIA PINHEIRO DE AZEVEDO	410.359.091-20	24
353	CLEONICE PEREIRA DA SILVA	557.875.331-00	24
354	MARIA APARECIDA DE SOUZA	790.604.634-04	24
355	ALESSANDRA TEIXEIRA DE ASSIS	610.435.081-04	24

PROFESSOR SUBSTITUTO – MATEMÁTICA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
41	SAMUEL RODRIGUES DE ABREU	669.782.541-34	22
42	ELISÂNGELA DE SOUSA NASCIMENTO	020.585.941-00	22



16ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado

Edital SME nº 001/2019

PROFESSOR SUBSTITUTO – LÍNGUA PORTUGUESA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
35	DEBORAH LELIS PASSOS	730.934.911-34	25
36	TAYANE MACHADO NERES - PNE	015.650.451.06	25
37	ALINE FREITAS DA SILVA	696.676.911-87	25

PROFESSOR SUBSTITUTO – GEOGRAFIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
26	LUCILENE DOS SANTOS HIPÓLITO	643.705.002-06	20
27	EMÍLIA BARBOSA DE LIMA	941.910.771-04	20

PROFESSOR SUBSTITUTO – HISTÓRIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
29	FERNANDO AUGUSTO ALVES BATISTA	034.689.741-67	23

PROFESSOR SUBSTITUTO – INGLÊS

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
30	ANDERSON JOSÉ DE SOUZA E SILVA	698.157.391-15	18



16ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado

Edital SME nº 001/2019

PROFESSOR SUBSTITUTO – CIÊNCIAS

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
16	EVERLYN JOYNER LINO DE SOUZA	026.209.911-02	25

PROFESSOR SUBSTITUTO – ARTE

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
13	ANDRÉIA ALVES DA SILVA RIBEIRO	717.665.881-15	20
14	LEONARDO PAIVA DE LIMA	036.694.511-45	20

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - SUBSTITUTO – POLO 01

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF/RG	NOTA
64	YASMIM PEREIRA DE BRITO	069.810.831-08	21
65	MARLUCE DA ROCHA SANTANA	031.317.071-19	21
66	JOELY RODRIGUES MIRANDA DE SOUZA	037.131.731-25	20
67	SAMURAY FERREIRA DE CARVALHO	047.813.131-32	20
68	EDINEIA SOUSA DO NASCIMENTO	008.247.965-86	20

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - SUBSTITUTO – POLO 02

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
174	MAIRA LORENA DA CONCEIÇÃO LIMA	041.086.321-17	23
175	MARIA JAQUELINE PACHECO DOS SANTOS	014.823.531-05	23
176	MARINALVA RODRIGUES SILVA	014.366.073-02	23

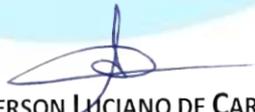


177	VERA LÚCIA BRITO DOS SANTOS	003.552.491-03	23
178	ALEXSANDRO DA SILVA ARAUJO	020.384.731-88	23
179	ANA PAULA DE SOUZA SILVA	020.384.731-88	23
180	ANA PAULA EUGÊNIO BRAGA	936.029.601-53	23
181	DANNUBIA CASTRO LIMA	726.414.871-87	23
182	DEUSENIRO DE SOUSA ARAÚJO	772.055.373-04	23
183	EVANUSA XAVIER AMADOR	702.490.321-04	23
184	GRAZIELE SANTOS DE SOUZA SILVA	049.445.871-20	23
185	LUCIENE CONCEIÇÃO SANTIAGO	809.293.115-15	23
186	MARIA DO SOCORRO COSTA	273.560.351-20	23
187	ROSEMARY ROCHA NASCIMENTO	018.959.431-40	23
188	SUELEN DE JESUS BARBOSA	036.231.631-71	23

AGENTE ADMINISTRATIVO - SUBSTITUTO – POLO 02

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF/RG	NOTA
29	MARINA MACIEL MENDES SILVA	703.597.341-97	27
30	ANA FRANCO DA SILVA	982.736.201-15	27
31	LUCAS LIMA DA SILVA	052.588.921-31	27

Cidade Ocidental, 07 de outubro 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

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 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:

OBSERVAÇÕES:

PREFEITURA DE CIDADE OCIDENTAL

JUNTA MÉDICA OFICIAL

EXAME ADMISSSIONAL

QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSSIONAL 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 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:							
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		