



2ª CONVOCAÇÃO RESERVA DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2023

Convocamos os candidatos aprovados no Processo Seletivo Simplificado, referente ao Edital nº 001/2023 (conforme a lista abaixo classificatória), para comparecerem nos endereços abaixo descrito, nos dias e horários citados, para tratarem de assunto relativos à sua contratação.

CLASSIFICAÇÃO RESERVA	CPF	NOME	CARGO
3ª	770.....20	EVALDINA MARIA DIAS ALTINO	ASSISTENTE SOCIAL
1ª	061.....80	MADSON HENRIQUE SIVA DE LIMA	PSICÓLOGO
1º	742.....53	CARLOS DIOGO COSTA DE OLIVEIRA	ORIENTADOR SOCIAL
2ª	566.....72	ALDINA LOPES GOMES	ORIENTADOR SOCIAL
3ª	675.....82	MARLUCE PESSOA DE SOUSA VENÊNCIO	ORIENTADOR SOCIAL
4ª	052*****00	FRANCISCA VANRLEY SOARES DE CASTRO	ORIENTADOR SOCIAL
5ª	040*****04	LUANA RODRIGUES PINHEIRO	ORIENTADOR SOCIAL
6ª	358*****00	KATHARINE SANTOS DE OLIVEIRA	ORIENTADOR SOCIAL
7ª	051*****07	STHEFANY LORRANY DE SOUZA MEIRELES	ORIENTADOR SOCIAL

28 DE JUNHO DE 2023 – JUNTA MÉDICA

JUNTA MÉDICA, localizada na Sq 12 Quadra 01 Casa 16 – Centro – Cidade Ocidental - GO, no dia **28 de JUNHO de 2023 (Quinta-Feira)**, munidos dos formulários de exame admissional, devidamente preenchidos (doc. Anexo).

OBS: ANTES DE SE DIRECIONAR A JUNTA MÉDICA, LIGAR PARA O TELEFONE 61-998554794 PARA AGENDAR O SEU HORÁRIO (PARA EVITAR AGLOMERAÇÃO).

- No dia **29 de JUNHO 2023 (Sexta - Feira)**, de **08:30hs às 11:30hs e de 14:00hs às 16:00hs**, 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.

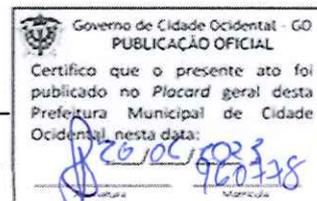
Munidos de documentação (conforme a lista de documentação anexo)

Cidade Ocidental- GO, 19 de junho 2023.


Rosaléa Rodrigues de Oliveira Silva
Secretária Municipal de Assistência Social
Decreto 024/2022



Prefeitura Municipal de Cidade Ocidental
SQ 10 - Quadra 08 - Área Especial - Centro - Cidade Ocidental - CEP: 72.880-461
Telefone: 61 3625-1322 - Fax: 61 3625-4799





LISTA DE DOCUMENTAÇÃO PARA ADMISSÃO DE VÍNCULO TEMPORÁRIO DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

CÓPIAS (JUNTO COM ORIGINAL)

- RG e CPF;
- N° do PIS ou PASEP;
- Comprovante de residência atualizado
- Carteira de trabalho (tirar cópia da foto e verso);
- Título de eleitor com o comprovante de votação da última eleição ou certidão de quitação eleitoral;
- Certificado de reservista ou alistamento militar;
- Comprovante de escolaridade exigida para função (certificado ou diploma e histórico);
- Certidão de casamento e RG e CPF do cônjuge;
- Certidão de nascimento ou RG e CPF dos filhos (menores de 14 anos) e cartão de vacina para menores de 05 anos;
- Declaração de escolaridade para menores de 06 a 14 anos.

DOCUMENTOS ORIGINAIS

- Certidão Negativa de débitos (Municipal);
- Certidão Negativa Cível/Criminal da comarca do endereço declarado;
- Declaração de Bens;
- Declaração de Vínculo;
- 1 (uma) foto 3x4 recente;
- N° de conta corrente - Banco Itaú;
- Atestado médico ocupacional expedido pela junta médica do Município: Fone 36251006.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE OCIDENTAL
ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL



TIPO DE EXAME:		
<input type="checkbox"/> ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO	<input type="checkbox"/> OUTROS

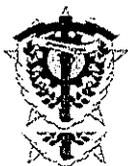
DADOS PESSOAIS:			
NOME:			
RG:	IDADE:	ANOS	DATA DE NASCIMENTO: / /
ESTADO CIVIL:		SEXO: M () F ()	

CONCLUSÃO:	
<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO COM RESTRIÇÕES
<input type="checkbox"/> INAPTO	
PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____	
EXISTE RISCO OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

TIPO DE RISCO EXISTENTE	
QUÍMICOS	
<input type="checkbox"/> GASES <input type="checkbox"/> POEIRAS <input type="checkbox"/> VAPORES <input type="checkbox"/> SOLVENTES	
<input type="checkbox"/> HIDROCARBONETOS <input type="checkbox"/> CIMENTO <input type="checkbox"/> ÁCIDOS <input type="checkbox"/> ÁLCALIS	
FÍSICOS	
<input type="checkbox"/> RUÍDOS <input type="checkbox"/> RADIAÇÕES IONIZANTES <input type="checkbox"/> RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES <input type="checkbox"/> VIBRAÇÕES	
<input type="checkbox"/> FRIO <input type="checkbox"/> CALOR <input type="checkbox"/> UMIDADE <input type="checkbox"/> SONORO	
BIOLÓGICOS	
<input type="checkbox"/> VÍRUS <input type="checkbox"/> FUNGOS <input type="checkbox"/> BACTÉRIAS <input type="checkbox"/> PARASITAS <input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS	

EXAMES COMPLEMENTARES	
CIDADE OCIDENTAL – GO _____ / _____ / _____	
MÉDICO PERITO:	

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE OCIDENTAL



JUNTA MÉDICA OFICIAL

Termo de Responsabilidade

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 do meu estado de saúde.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Servidor



QUESTIONÁRIO-EXAME ADMISSIONAL

Nome do Candidato:	
CPF: _____	RG: _____

Cargo para o qual se candidata:

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 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- Tem problemas intestinais ou estomacais?	()	()	()
13- Tem habitualmente dores nas juntas?	()	()	()
14- Tem tido inchação (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?	()	()	()



DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

Eu, _____
portador(a) do CPF nº _____ declaro para os devidos fins
que fizem 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, ____ / ____ / ____

Declarante



DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____ portador(a) 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 4º da Lei nº 442/2001, de 02 de julho de
2001, em concordância com a Lei 8.429, artigo 13 parágrafo 2º, 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