



## 4ª CONVOCAÇÃO – Processo Seletivo Simplificado

Convocamos os aprovados no Processo Seletivo Simplificado, referentes ao Edital SME nº 001/2019 (**lista em ordem classificatória abaixo**), para comparecerem nos endereços abaixo descritos, nos dias e horários citados, para tratarem de assuntos relativos à sua contratação.

**Junta Médica – dia 18 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.:** O candidato portador de necessidade especial (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 08 e 09 de março de 2021.**

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**

- Atestado médico ratificado pela junta médica do município;
- 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, 05 de março de 2021.

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



**4ª CONVOCAÇÃO – 2021**

**Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – PEDAGOGIA**

83	NIUSE GUIMARAES GUERRA	905.496.941-53	26
84	LUCIANA APARECIDA BENTO DE AQUINO	714.607.801-91	26
85	ELIZANGELA TEIXEIRA CAVALCANTE	857.414.001-59	26
86	FRANCISCO HERBERTH ALVES DA SILVA	004.406.081-55	26
87	KATIA VALÉRIA PEREIRA DA SILVA CONSTANTINO	100.457.477-09	26
88	MAYRA APARECIDA DA SIVA FERREIRA	004.046.071-10	26
89	PRISCILA BRANDÃO SOUSA	997.921.501-10	26
90	LEIDA MARIA DA CONCEIÇÃO COSTA SANTOS	032.794.751-98	26
91	DAYANE DE OLIVEIRA PEREIRA	011.201.801-71	26
92	JOSELANE ALVES LIMA	028.305.571-58	26
93	PATRICIA SILVA DE OLIVEIRA	028.879.641-19	26
94	ALINE MARIA SOUSA NASCIMENTO	019.041.545-22	26
95	ANA CAROLINA DE SOUZA DOURADO	032.011.061-35	26
96	PALOMA STEFANY OLIVEIRA DOS SANTOS	047.119.851-07	26
97	RAYZA IURY PEREIRA SILVA	042.258.461-48	26
98	HELOISA CRISTINA DA SILVA BERNARDES	006.836.436-90	26
99	LUCIANA MONTEIRO BARBOSA	721.183.341-68	26
100	MARIA IRANI ALVES DE ABREU FERREIRA	602.608.661-72	25
101	MARILIA ALVES DE OLIVEIRA	223.445.601-06	25
102	SIMONE ALVES DE OLIVEIRA	645.973.001-63	25
103	ROSA APARECIDA PEREIRA DE SOUZA	697.935.491-49	25
104	MERY LAURA MAGALHÃES DIAS LUCENA	885.262.751-00	25
105	VALÉRIA SILVA PIGNATA	987.087.751-68	25
184	FABIANA CRISTINA ALVES - PNE	716.868.001-34	25
230	FABÍOLA RIBEIRO CARDOSO - PNE	051.275.201-09	25
234	SANDRA MARA RODRIGUES BRANCO - PNE	312.419.480-20	24
404	JAILZA NERY SILVA - PNE	633.676.704-30	24



**4ª CONVOCAÇÃO – 2021**

**Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – LÍNGUA PORTUGUESA**

15	WALCOBACIO SANTOS DA SILVA	709.437.291-49	26
16	FLÁVIA TÂMARA NASCIMENTO DE SANTANA SANTAREM	879.419.451-34	26
83	LUIS RICARDO SANTOS DA CRUZ - PNE	714.343.131-15	24

**PROFESSOR SUBSTITUTO – MATEMÁTICA**

7	CORNELIO JOSÉ DE SANTIAGO FILHO	482.057.883-91	25
8	VICENTE FERREIRA DO NASCIMENTO	721.876.891-15	25
9	CLÓVES JÚNIOR DA FONSECA	118.150.416-33	25
10	VERÔNICA FERREIRA DE SOUZA	131.395.616-36	25
11	PATRICK LIMA	042.202.121-08	25

**PROFESSOR SUBSTITUTO – INGLÊS**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
6	MICHELE JULIANE ANDRADE DA SILVA DIAS	890.076.621-04	24
7	IZAETH RAMOS DA SILVA	012.733.461-06	24
8	PETERSON WILLIAN SILVA SANTOS	035.063.231-64	23
9	HALISSON SILVA FONSECA	048.088.321-19	23
10	THIAGO VIEIRA DOS SANTOS	049.539.571-48	23
11	SILVANA SANTIAGO DE OLIVEIRA	784.207.841-68	23



**4ª CONVOCAÇÃO – 2021**

**Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado**

**PROFESSOR SUBSTITUTO – HISTÓRIA**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
8	ANTONIO CARLOS LISBOA	554.035.901-10	26
9	DOUGLAS ALBUQUERQUE BRASIL MATIAS	046.845.811-52	26
10	RIVIA MARIA CRUZ	055.152.875-33	26
11	JEFERSON SAMPAIO PEREIRA	021.112.781-73	25
12	FABIO OSCAR LIMA	041.141.607-36	25
13	RÊNIA PATRÍCIA ALVES DE SIQUEIRA	935.617.681-72	25
14	CLÁUDIO JOSÉ MORAES DE SOUZA	000.927.441-33	25

**PROFESSOR SUBSTITUTO – GEOGRAFIA**

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
8	ELISÂNGELA VIANA FREIRE DA SILVA	610.361.611-53	23

**PROFESSOR SUBSTITUTO – ARTE**

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
5	GLAUCIA OLIVEIRA BRANDAO	078.335.966-71	22
6	IOLANDA LOPES DA SILVA	606.684.901-87	22

**Cidade Ocidental, 05 de março de 2021.**

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

# ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

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

ATESTADO QUE:			
<b>NOME:</b> _____			
<b>RG:</b> _____	<b>IDADE:</b> _____ <b>ANOS</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b> ____ / ____ / ____	
<b>ESTADO CIVIL:</b> _____		<b>SEXO:</b> M ( <input type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> )	

FOI CLINICAMENTE EXAMINADO E CONSIDERADO:	
<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO COM RESTRIÇÕES _____
<input type="checkbox"/> INAPTO TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> INAPTO DEFINITIVO
PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____	
EXISTE RISCO OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

TIPO DE RISCO EXISTENTE	
<b>QUÍMICOS</b>	
<input type="checkbox"/> GASES <input type="checkbox"/> POEIRAS <input type="checkbox"/> NÉVOAS <input type="checkbox"/> VAPORES <input type="checkbox"/> FUMOS <input type="checkbox"/> SOLVENTES	
<input type="checkbox"/> HIDROCARBONETOS <input type="checkbox"/> CIMENTO <input type="checkbox"/> ÁCIDOS <input type="checkbox"/> ÁLCALIS	
<b>FÍSICOS</b>	
<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	
<b>BIOLÓGICOS</b>	
<input type="checkbox"/> VÍRUS <input type="checkbox"/> FUNGOS <input type="checkbox"/> BACTÉRIAS <input type="checkbox"/> PROTOZOÁRIOS <input type="checkbox"/> PARASITAS	

EXAMES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM O SOLICITADO PELO MÉDICO, INERENTES À FUNÇÃO.	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____	
_____	
_____	
_____	
_____	
CIDADE OCIDENTAL - GO _____ / ____ / ____	

<b>MÉDICO ENCARREGADO:</b> _____	<b>MÉDICO COORDENADOR:</b> _____
----------------------------------	----------------------------------

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

<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 intransigência 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			

**Rubrica:**

## 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		