



13ª 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 22 a 29 de setembro 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;

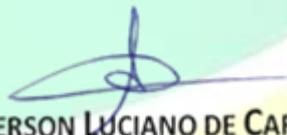


- Comprovante de residência (atualizado);
- Comprovante de escolaridade (diploma e histórico ou certificado de conclusão e histórico) exigida para a função;
- Se for casado (a), incluir a certidão de casamento, RG e CPF do cônjuge.

➤ **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, 20 de setembro de 2021.



ANDERSON LUCIANO DE CARVALHO

Secretário Municipal de Educação
Decreto nº 003/2021



13ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

PROFESSOR SUBSTITUTO – PEDAGOGIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
295	ADELAINÉ MATOS RIKER	643.158.192-04	24
296	AUREA RIBEIRO MIRANDA SANTOS	705.141.191-87	24
297	CLECILENE SIQUEIRA LISBOA DE LIMA	891.086.391-91	24
298	LEDA MARIA CARVALHO	807.928.041-04	24
299	SUELI DE OLIVEIRA VIANA BRAGA	051.072.056-07	24
300	MARIA DELSUITE PASSOS DA SILVA LIRA	831.503.821-49	24
301	SUZY VIVIANE PIQUIÁ	876.213.981-91	24
302	ANDERSON CABRAL DA CUNHA	881.949.301-20	24
303	HELIZABETE MASCARENHOS DE OLIVEIRA	929.769.131-53	24
304	MARIA ELISÂNGELA DA SILVA	861.078.361-87	24
305	MARINES DA SILVA MALTA	890.941.661-00	24
306	RUTH MARTINS CRISOSTOMO	721.308.911-49	24
307	DÉBORA VIEIRA BRAGA	938.315.871-91	24
308	MARCELA DO NASCIMENTO PEREIRA	698.975.301-34	24
309	MIRIAM CINARA PEREIRA DE SOUZA	987.123.061-34	24
310	MARIA IZABEL MEIRA PARAISO	050.282.986-96	24
311	ANA PAULA OLIVEIRA ROCHA	984.835.791-20	24
312	LOUEINE ANACLETO	965.777.201-00	24
313	MICHELLE DE FREITAS NELES	994.9341.11-68	24
797	SELMA REJANE ROCHA DE MELO - PNE	694.213.401-59	22
889	RENATO LUCAS RODRIGUES - PNE	498.138.701-68	21



13ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

PROFESSOR SUBSTITUTO – MATEMÁTICA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
32	MARIA LUZIA ALVES DE LIMA	849.768.021-91	22
33	ELISÂNGELA DUARTE DE BRITO	001.371.191-19	22
34	ANDERSON GUIMARAES DOS SANTOS DE OLIVEIRA	722.449.331-72	22

PROFESSOR SUBSTITUTO – LÍNGUA PORTUGUESA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
28	GEANE MARQUES SOUZA	423.746.691-49	25
29	FERNANDA MARIA DE MESQUITA	895.551.551-00	25
30	ZENILDA DE JESUS GONÇALVES	993.490.861-15	25

PROFESSOR SUBSTITUTO – GEOGRAFIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
18	JOSÉ CARLOS CARVALHO SILVA	017.729.481-79	22
19	EDINALVA RODRIGUES SILVA	695.625.201-53	21
20	LUIS CARLOS DA SILVA SOUSA	023.976.659-13	21



13ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

PROFESSOR SUBSTITUTO – HISTÓRIA

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
25	NEIVA PEREIRA DA SILVA	924.873.191-00	24
26	MAYARA MARIA MARIANO RIBEIRO	048.043.121-37	24

PROFESSOR SUBSTITUTO – EDUCAÇÃO FÍSICA

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
14	VERÔNICA SOARES DA COSTA FELICIANO	893.523.601-25	25
15	JHANNYFER DE ALBUQUERQUE CAVALCANTI	002.258.731-41	25

PROFESSOR SUBSTITUTO – CIÊNCIAS

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
14	ROSINETE FERREIRA - PNE	038.941.593-67	25

PROFESSOR SUBSTITUTO – INGLÊS

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
26	INGRID MARTINS ALVES	040.132.901-11	20
27	ANDREA LEMOS FORECHI AMARAL	869.854.181-04	20



13ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - SUBSTITUTO – POLO 01

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
42	DAYANE GOMES DE SOUZA	049.488.091-01	22
43	ELIZANGELA RIBEIRO MEIRELES	051.840.131-64	22
44	ELIZANGELA RODRIGUES MIRANDA DE SOUZA	723.289.831-20	22
45	LILIA DA COSTA BRAGA JARDIM	013.052.081-02	22
46	MARIA CATARINA FERREIRA DE SOUSA	007.465.671-62	22
47	NÚBIA BARBOSA DE ASSIS	016.004.091-48	22
48	TAINARA DA SILVA FREITAS DE MELO	058.318.561-43	22
49	ANDRESSA CHAYENE DA SILVA	064.388.561.77	22
50	FRANCILENE FERREIRA DA SILVA	007.244.261-16	22

MERENDEIRA SUBSTITUTA – POLO 01

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
19	LAYLA CRISTINA DE SOUSA SANTOS	070.209.691-19	15
20	RAFAELA AMORIM SILVA	064.998.371-80	15
21	ROSANGELA CARNEIRO DA SILVA	620.858.161-34	15

AGENTE ADMINISTRATIVO - SUBSTITUTO – POLO 01

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
14	JAMIS RAINAN CARNEIRO DELMONDES	043.464.121-90	25



13ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS - SUBSTITUTO – POLO 02

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
108	MARIA REIS SILVA OLIVEIRA	666.924.313-87	25
109	OZINEIDE BATISTA RIBEIRO	889.668.283-53	25
110	ROSEMILSON DE ARAÚJO SILVA	398.589.441-87	25
111	SÍLVIA HELENA FRANCO LIMA	537.062.931-53	25
112	TALITA ALMEIDA DIAS	947.573.213-68	25
113	TALITA ESTEFANE PREIRA DE FREITAS	055.401.851-96	25
114	VERA NOGUEIRA VIANA	844.517.341-34	25
115	VITÓRIA RIBEIRO DA SILVA	078.036.441-47	25
116	EWERTON VICENTE DE LIMA	058.322.221-80	25
117	HUDINEY LUZ DE ABREU	046.553.751-08	25
118	LORENA CRISTINA MARQUES NUNES	057.867.071-21	25
119	MARCELO DE OLIVEIRA OSSANI	037.210.551-36	25
120	MARIA GABRIELA PATRÍCIO COSTA DOS SANTOS	025.841.301-81	25
121	WILDER JANDER DA SILVA CAVALCANTE	876.265.431-49	25
122	CRISTINA DA SILVA ALMEIDA BARROS	722.746.111-49	24
123	JOELSON DA PAIXAO PEREIRA	045.191.761-82	24
124	JULIANA MEDEIROS DE ARAÚJO	042.622.291-14	24
125	MACIONEIDE DA SILVA DE SOUSA	040.539.573-62	24
126	MARIA ROSEANE DA SILVA ALVES	924.797.821-15	24
127	AICHALYNNE SAMPAIO SILVA	043.399.501-73	24
128	ANA KAROLYNE MENESES GOMES	053.825.291-08	24
129	CRISTINA DA SILVA BONFIM	025.907.221-41	24



13ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

MERENDEIRA SUBSTITUTA – POLO 02

Nº	Nome do Candidato	CPF	NOTA
26	RAFAEL DOS REIS PEREIRA	051.383.491-55	25
27	ROBERTO RAIMUNDO DA SILVA	118.176.928 -01	25
28	MARIA LEMES DA SILVA	553.396.031-72	24
29	LANI ELY DE SOUZA SANTOS	001.970.181-06	24
30	SOLIMAR SAMPAIO DA SILVA	588.721.831-20	24
31	MARIA SUELI VIEIRA DA SILVA REIS	471.450.991-87	24
32	MONIKE CRISTINA LOPES BARRETO	059.004.871-64	24
33	MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS SOUZA	611.491.441-49	24
34	ROSIMARY ALVES PEREIRA	040.741.583-10	24
35	SÁVIO GOMES DA SILVA	059.405.381-18	24
36	VALQUER ALMEIDA FELIX	044.476.001-61	24
37	ALEF DE ALMEIDA MENDES	016.053.831-98	24
38	MAGDA AMORIM DE OLIVEIRA	940.815.061-91	24
39	VALTER KLEBER DAMASCENO DE OLIVEIRA	446.874.193-72	24
40	ANDREIA VIANA FERREIRA DE SOUSA	705.365.971-20	24
41	ELAINE LUCAS DA SILVA	424.386.080-72	24
42	BRUNO MARCELO MENDONÇA DE SOUZA	688.455.881-49	24
43	JULYA SOUSA RODRIGUES	023.754.211-08	24



13ª CONVOCAÇÃO – 2021

Edital SME nº 001/2019 - Processo Seletivo Simplificado

AGENTE ADMINISTRATIVO - SUBSTITUTO – POLO 02

Nº	NOME DO CANDIDATO	CPF	NOTA
21	MARCOS AGUIAR DA SILVA	967.318.343-00	28
22	MARIA LUANA BARBOSA DE MATOS	020.813.101-98	28

Cidade Ocidental, 20 de setembro de 2021.



ANDERSON LUCIANO DE CARVALHO

Secretário Municipal de Educação
Decreto nº 003/2021

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: _____
Proveniente 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 inchaço (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		

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