



SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº. 003/2020 DO CONCURSO PÚBLICO Nº. 001/2019

A Prefeitura Municipal de Itaúba/MT, tendo em vista homologação do **Concurso Público 001/2019** realizado em 12 de Novembro de 2019, CONVOCA pelo presente edital a aprovada abaixo relacionada, para comparecer no prazo de 30(trinta) dias, contados a partir da publicação deste, no Departamento de Recursos Humanos, na sede da Prefeitura Municipal de Itaúba/MT, para apresentar documentos de habilitação necessários para tomar posse em seu respectivo cargo:

CLASSIF.	NOME	CARGO
01º	LUCIANA MENEGATI	TECNICO EM ENFERMAGEM
02º	RAFAEL CARLOS SARTORI	TECNICO EM ENFERMAGEM

A candidata devera comparecer no Departamento de Recursos Humanos dentro do prazo estipulado, munida com as cópias e originais dos seguintes documentos devidamente autenticados:

- Exame de Aptidão Mental e de Saúde Física previsto no edital do concurso e atestado emitido pelo perito do município;
- Diploma de conclusão do curso relativo ao cargo concorrido, devidamente registrado;
- Certidão negativa da justiça estadual e federal de 1º e 2º grau, distribuidor (civil e criminal) das cidades onde o candidato tenha residido nos últimos cinco anos;
- Declaração que responde ou não a inquérito policial e a processo administrativo disciplinar, e que não foi demitido com justa causa e a bem do serviço público, no período de 5 (cinco) anos, nas esferas federal, estadual e municipal;
- 01 foto 3x4 recente;
- Título eleitoral;
- CPF;
- Documento de Identidade;
- Certidão de nascimento ou casamento;
Em caso de certidão de casamento copia do CPF do cônjuge;
- Certificado de reservista (se masculino);
- Certidão de nascimento e CPF dos filhos ou dependentes;
- PIS ou PASEP, no caso de já ter sido empregado;
- Carteira de Trabalho –CTPS;
- Declaração de bens e valores que compõe seu patrimônio;
- Declaração de não acumulo de cargo, emprego ou função pública;
- Comprovação que estar quite com as obrigações eleitorais;
- Documentação do Registro no Conselho da Respectiva Categoria quando se tratar de Profissão Regulamentada, incluindo comprovante de anuidade e Certidão de Regularidade;
- Conta Salário Banco do Brasil;



PREFEITURA DE
ITAÚBA
Juntos Podemos Mais

Gestão 2017/2020

- s) Comprovante de residência atualizado;
- t) Declaração de frequência dos filhos na escola e Carteira de Vacinação dos filhos (menores de 14 anos).

O não comparecimento no prazo legal implicará na desistência da classificada convocada, podendo a Prefeitura Municipal de Itaúba/MT, convocar o(s) imediatamente posterior(s), obedecendo à ordem de classificação.

Itaúba/MT, em 05 de Maio de 2020.




VALCIR DONATO
Prefeito



PREFEITURA DE
ITAÚBA
Juntos Podemos Mais
Gestão 2017/2020

EXAMES DE AUXÍLIO DIAGNÓSTICO:

Exames de análises clínicas

Exame	Ocupacional	Data	Resultado	Conclusão (Normal/Alterado)
Hemograma	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Glicemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Colesterol Total	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Triglicérides	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Uréia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Creatinina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
TGO/AST	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
TGP/ALT	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Gama GT	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Parcial de urina	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Teste de gravidez	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
BAAR na linfa:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Hiv:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Hepatite b:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Hepatite c:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Observações:				

ECG	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
-----	-----	--	---

Acuidade Visual	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
-----------------	-----	--	---

Audiometria	/ /		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
	Ouvido Direito	<input type="checkbox"/> N	Ouvido Esquerdo <input type="checkbox"/> N
	<input type="checkbox"/> Rebaixamento auditivo nas frequências 250Hz e/ou 6000Hz e/ou 8000Hz		<input type="checkbox"/> Rebaixamento auditivo nas frequências 250Hz e/ou 6000Hz e/ou 8000Hz
	<input type="checkbox"/> Perda auditiva condutiva		<input type="checkbox"/> Perda auditiva condutiva
	<input type="checkbox"/> Perda auditiva mista		<input type="checkbox"/> Perda auditiva mista
	<input type="checkbox"/> Perda auditiva sensorineural:		<input type="checkbox"/> Perda auditiva sensorineural:
	<input type="checkbox"/> sugestiva de PAIRO		<input type="checkbox"/> sugestiva de PAIRO
	<input type="checkbox"/> não - sugestiva de PAIRO		<input type="checkbox"/> não - sugestiva de PAIRO

CONCLUSÃO:

- Apto Apto com restrições: _____
 Inapto Temporário Inapto Definitivo
 Exame não concluído

Empregado:

Médico: