



**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

---

**EDITAL N° 001/2019**

**CONVOCAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO**

O Secretário Municipal de Administração e Gestão de Pessoas, da Prefeitura Municipal de Boa Vista - RR, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a realização do Concurso Público para provimento de vagas de cargos de Ensino Médio e Superior do quadro de servidores da Prefeitura Municipal de Boa Vista/RR, voltado à área da Educação com a finalidade de atender à PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA, de acordo com as condições estabelecidas no Edital n° 001/2018, publicado no D.O.M n° 4712, de 27 de agosto de 2018 e suas alterações, de acordo com a homologação, publicada no D.O.M. n° 4798, de 10 de janeiro de 2019, retificação do resultado final, publicado no D.O.M. n° 4819, de 08 de fevereiro de 2019, portarias de reclassificações (professores) e retificação da homologação do resultado final, após o desempate publicado no D.O.M n° 4824, de 15 de fevereiro de 2019 (cuidadores);

Considerando, ainda o que preceitua a Lei Complementar Municipal n° 003, publicada no D.O.M. n° 3101, de 09 de janeiro de 2012, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos do Município de Boa Vista-RR, Lei n° 1.145, publicada no D.O.M. n° 2462, de 27 de maio de 2009, Lei n° 1.611, publicada no D.O.M n° 3864, do dia 13 de fevereiro de 2015, Lei n° 1.411, publicada no D.O.M. n° 3174, de 26 de abril de 2012 e Lei n° 1.899, publicada no D.O.M n° 4690, de 26 de julho de 2018;

**CONVOCA:**

Os candidatos aprovados na ordem classificatória, conforme anexo I, parte integrante e inseparável deste Edital.

Os candidatos convocados deverão comparecer à Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas, da Prefeitura Municipal de Boa Vista - RR, sito à Rua General Penha Brasil n° 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho, no período de **20.05.2019 a 24.05.2019**, no horário de 8:00h as 14:00h, no RH, munidos dos documentos pessoais (originais e cópias), certidões (originais), exames médicos (originais), declarações (originais), declaração original relativa ao assento funcional, expedida pelo órgão próprio, no caso do candidato ser servidor público e formulários pré-admissional (original), constantes nos anexos II, III e IV.





**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

**ANEXO I DO EDITAL Nº 001/2019, DE 16 DE MAIO DE 2019.**

**CARGO: PROFESSOR/PROFESSOR LICENCIADO – EDUCAÇÃO FÍSICA**

ORD.	CLASSIF.	INSCRIÇÃO	NOME	CPF
1.	87º	894020170	JOSEANE NASCIMENTO ERNESTO	738.550.142-72
2.	88º	894008301	VANESSA DOS SANTOS COSTA	024.447.502-41
3.	89º	894004609	AMIM XAVIER ISMAEL	005.180.902-80
4.	90º	894023041	LETICIA DE SOUSA MORAIS COSTA	002.910.492-06
5.	91º	894027925	FELIPE DA SILVA MACÊDO	008.689.192-84

**CARGO: ASSISTENTE/CUIDADOR ESCOLAR**

ORD.	CLASSIF.	INSCRIÇÃO	NOME	CPF
1.	424º	894033816	LARISSA DE SOUSA MORAIS	030.461.322-39
2.	425º	894030326	DOUGLAS NOGUEIRA CRUZ	029.546.122-58
3.	426º	894020076	DANIELY DA SILVA OLIVEIRA	036.376.872-67
4.	427º	894025442	MANNASSÉS MELO DA SILVA	034.736.162-57
5.	428º	894015605	FLAVIO LÚCIO BORGES DOS SANTOS	948.588.532-68
6.	429º	894001052	JHON CRISTIAN GUTIERREZ TURPO	530.307.452-87
7.	430º	894036996	DIEGO DA SILVA DE MORAES	008.222.272-07
8.	431º	894021323	YAGO MENEZES SERVOLO OLIVEIRA	538.610.352-00
9.	432º	894026298	CHRISTOPHER ANTONIO URBINA	021.440.332-77
10.	433º	894014952	MANOEL SILVA DO NASCIMENTO	018.060.952-11
11.	434º	894015319	LUCAS ALEXSANDER NEVES DA SILVA	032.575.312-14
12.	435º	894006605	PEDRO ENRIQUE AREVALO TAMAYO	027.803.632-58
13.	436º	894014140	LUCAS FERNANDES LEAL	025.183.242-24
14.	437º	894020843	VENICIUS JACOB PEREIRA DE OLIVEIRA	031.089.422-04
15.	438º	894002459	GILMAR GOMES DO Ó	536.483.072-15
16.	439º	894021022	HALANA SANTIAGO SILVA	020.653.882-00
17.	440º	894001815	LARISSA RENALY DE SOUSA FREITAS	026.999.852-79
18.	441º	894028226	JAQUILENE SANTOS DE CARVALHO	603.959.152-87
19.	442º	894010101	ARY CARLOS DE LIMA DUTRA	082.123.137-51
20.	443º	894024626	ANTONIO OLIVEIRA LIMA NETO	010.463.443-07
21.	444º	894022416	CRISTIANE CRUZ SILVA	827.474.312-15
22.	445º	894032062	HERINSON NASCIMENTO DE SOUZA LIMA	982.791.142-20
23.	446º	894039818	KARLA MARIA SILVA MORAES	001.372.812-18
24.	447º	894000434	SARAH RAQUEL DUARTE BARBOSA	015.546.692-51
25.	448º	894010912	CRISLAENE MOREIRA DA COSTA	007.918.162-73
26.	449º	894039375	JOÃO LUCAS MATHIAS	427.530.948-02
27.	450º	894036301	GIRLAINE RODRIGUES PEREIRA	021.996.172-70
28.	451º	894026709	HELOÍSA DA SILVA AZEVEDO	033.470.072-80
29.	452º	894000729	EMANUEL DHEFERSON DE OLIVEIRA	080.827.753-78





**“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

<b>ORD.</b>	<b>CLASSIF.</b>	<b>INSCRIÇÃO</b>	<b>NOME</b>	<b>CPF</b>
30.	453°	894024900	EDUARDO ALVES NASCIMENTO	546.630.912-53
31.	454°	894006481	RUAMA ROSENDO FARIAS	043.167.932-09
32.	455°	894032206	KATIA CRISTINA PEREIRA SANTOS	811.363.583-15
33.	456°	894006598	SANDRA DOS SANTOS REIS	446.274.832-87
34.	457°	894025025	JEANE DUARTE NASCIMENTO	581.359.282-20
35.	458°	894035869	FRANCISCO HENRIQUE SAMPAIO FILHO	850.729.743-91
36.	459°	894013488	CLEOMAIRA VIEIRA	728.280.302-10

**CARGO: ASSISTENTE/CUIDADOR ESCOLAR- PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

<b>ORD.</b>	<b>CLASSIF.</b>	<b>INSCRIÇÃO</b>	<b>NOME</b>	<b>CPF</b>
1.	48°	894025880	ROMARA COSTA SILVA	990.450.602-72
2.	49°	894019380	DEIVID DA SILVA OLIVEIRA	866.980.602-91
3.	50°	894032707	ERIVAN ARAGÃO BRUNO	664.481.742-49
4.	51°	894005953	SAMUEL FERREIRA DA SILVA	002.598.312-12

**Paulo Roberto Bragato**  
 Secretário Municipal de Administração  
 e Gestão de Pessoas





**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

**ANEXO II DO EDITAL Nº 001/2019, DE 16 DE MAIO DE 2019.**

**1. DOCUMENTOS PESSOAIS: (originais e cópias):**

- Documento oficial de identidade (expedido pelas Secretarias de Segurança Pública ou pelas Forças Armadas, Polícias Militares, Ordens ou Conselhos Federais, válidos como identidade civil nacional);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Título Eleitoral e Certidão de Quitação Eleitoral (Site: [www.tre-rr.jus.br](http://www.tre-rr.jus.br));
- Certificado de Reservista e/ou Carta-patente para candidatos com idade até 45 anos;
- Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento, se viúvo, apresentar a Certidão de Óbito; se divorciado, apresentar a Averbação ou Escritura Pública de União Estável;
- Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 anos e Cadastro de Pessoa Física (CPF) - Dependentes;
- Carteira de Trabalho;
- PIS/PASEP;
- Certificado e Histórico Escolar, devidamente registrado correspondente ao nível de escolaridade exigida para cargo, fornecido por Instituição de Ensino credenciada pelo Ministério da Educação - MEC (Nível Médio);
- Diploma e Histórico de nível superior devidamente registrado correspondente ao nível de escolaridade exigida para o cargo, **Professor com Licenciatura Plena em Educação Física**, fornecida por Instituição de Ensino credenciada pelo Ministério da Educação – MEC;
- Registro no Conselho Regional da categoria profissional e certidão negativa- Conselho Regional de Educação Física – CREF;
- Comprovante de Residência atualizado;
- Uma foto 3 x 4 (recente), e
- Comprovante de Conta Corrente do Banco do Brasil (se houver).

**2. CERTIDÕES NEGATIVAS DE ANTECEDENTES CIVEIS E CRIMINAIS (atualizados e originais)**

- Justiça Federal (Site: [www.jfrr.jus.br](http://www.jfrr.jus.br));
- Polícia Técnica, e
- Fórum da localidade onde reside (Site: [www.tjrr.jus.br/](http://www.tjrr.jus.br/))

**3. EXAMES MÉDICOS-(atualizados e originais):**

- B.A.A.R;
- Videolaringoscopia – exame de imagem das pregas vocais; (Professor).
- Avaliação Fonoaudióloga + orientação de saúde vocal (laudo); (Professor).
- E.A.S;
- Glicose;
- Hemograma Completo;
- Sanidade Mental para o exercício das atribuições do cargo
- VDRL.
- Laudo Médico do candidato P.C.D (pessoa com deficiência). (**Atualizado**).

Os candidatos deverão atender, para investidura no cargo, aos requisitos dos **art. 3, art. 14 e art.15.16** do Edital nº 001/2018 de lançamento.





**“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
GABINETE DO SECRETÁRIO**

**ANEXO III DO EDITAL Nº 001/2019, DE 16 DE MAIO DE 2019.**

**DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE FUNCIONAL**

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

**DECLARA**, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que não foi demitido (a) de cargo efetivo ou destituído (a) de cargo em comissão dos órgãos ou entidades da União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, nos últimos 5 (cinco) anos, pela prática das infrações previstas no art. 132 da Lei Complementar Municipal nº 003/12.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato





**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É APOSENTADO OU REFORMADO POR INVALIDEZ**

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

**DECLARA**, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que não percebe proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 (ex-servidor público civil) ou dos arts. 42 e 142 (ex-servidor militar) da Constituição Federal, que sejam inacumuláveis com o cargo em que tomará posse.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato





**“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
GABINETE DO SECRETÁRIO**

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

**DECLARA**, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, de acordo com o disposto no art. 13, § 5º da Lei Complementar Municipal nº 003/12<sup>1</sup>, que os seguintes bens integram o meu patrimônio:

<b>A. NÃO POSSUIR BENS OU VALORES ( )</b>		
<b>B. POSSUIR OS SEGUINTE BENS E VALORES:</b>		
DESCRIÇÃO DO BEM	VALOR ESTIMADO	QUITADO SIM/NÃO

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

1 Art. 13. A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo, no qual deverão constar as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado, que não poderão ser alterados unilateralmente por qualquer das partes, ressalvados os atos de ofício previstos em lei.(...) § 5º No ato da posse, o servidor apresentará declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública.





**"BRASIL - DO CABURÁÍ AO CHUÍ"  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
GABINETE DO SECRETÁRIO**

---

**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES LEGAIS**

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NACIONALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

**DECLARA**, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que:

<b>A. NÃO POSSUI DEPENDENTES LEGAIS ( )</b>
<b>B. RELAÇÃO DE DEPENDENTES:</b>  _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<b>OBS:</b> Especificar a data de nascimento do dependente e o motivo da dependência.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato







**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
GABINETE DO SECRETÁRIO**

**ANEXO IV DO EDITAL Nº 001/2019, DE 16 DE MAIO DE 2019.**

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E  
EM MEDICINA DO TRABALHO-SMAG**

**FORMULÁRIO PRÉ-ADMISSÃO**

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E CULTURA - SMEC

**IDENTIFICAÇÃO:**

CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	
NOME (SEM ABREVIAR):		
ESTADO CIVIL:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:
ESCOLARIDADE:	FORMAÇÃO:	PÓS-GRADUAÇÃO:

**ENDEREÇO:**

LOGRADOURO:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	COMPLEMENTO:	CEP:
TELEFONE DE CONTATO:	E-MAIL:	
<b>CARGO PLEITEADO:</b>  <b>PROFESSOR/PROFESSOR LICENCIADO –</b>	<b>FUNÇÃO/COMPETÊNCIA DO CARGO (CONFORME O EDITAL)</b> ATRIBUIÇÃO DO CARGO: 1-Cumprir com zelo e responsabilidade o que preconiza a Lei nº 1145/2009, a LDB nº 9394/96 e Lei nº 1.546 de 20 de dezembro de 2013, a Lei Complementar nº 003/2012, a LDB nº 9394/96 e a Legislação educacional vigente; 2-Cumprir e zelar pelos dias letivos e as horas de aula estabelecidas de acordo com a legislação vigente; 3-Participar do processo de planejamento, execução monitoramento e avaliação, do Projeto Pedagógico da escola, da Proposta Curricular Municipal e calendário escolar; 4-Estabelecer o planejamento da prática pedagógica, propostas metodológicas e recursos necessários para o desenvolvimento integral do processo de ensino e aprendizagem; 5-Exercer a docência garantindo a execução diária do plano de aula e a aplicação dos	





**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	<p>conteúdos, conforme o currículo da Rede Municipal de Ensino;</p> <p>6-Avaliar, reconhecer os resultados dos rendimentos escolares dos alunos e, caso for necessário, realizar as intervenções pedagógicas de acordo com aspectos cognitivos e /ou as necessidades de ensino e aprendizagem;</p> <p>7-Participar da elaboração e implementação de todas as ações pedagógicas, projetos e programas que favoreçam o desenvolvimento integral por meio do ensino e da aprendizagem;</p> <p>8-Zelar pela aprendizagem dos alunos, estabelecendo e implementando estratégias de aprendizagem, bem como de recuperação paralela para os alunos que apresentarem menor rendimento escolar;</p> <p>9-Garantir os registros do aluno no Diário de Classe e fazer relatórios referentes à aprendizagem e o desenvolvimento dos alunos, respeitando aos prazos estabelecidos, sob a orientação da Secretaria Municipal de Educação e Gestão da escola.</p>
------------------------	--

POSSUI VÍNCULO COM SERVIÇO PÚBLICO?      ( ) SIM                      ( ) NÃO		
SECRETARIA:	SETOR DE LOTAÇÃO	FONE:
CARGO (01):	MATRICULA (01)	
CARGO (02):	MATRICULA (02)	
VÍNCULO FUNCIONAL: ( ) ESTATUTÁRIO ( ) CARGO COMISSIONADO ( ) CONTRATO TEMPORÁRIO		
OUTROS VÍNCULOS:		
( ) SIM ( ) NÃO – CASO POSITIVO IDENTIFICAR: _____		
ESTÁ NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES:		
( ) SIM ( ) NÃO – CASO NEGATIVO INFORMAR O MOTIVO: _____		

**ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO**

- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.
- **O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI.**
- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTES FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.
- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO.
- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL





**"BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ"**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

QUALQUER DE SEUS FAMILIARES DIRETO DE PAI E MÃE, COMO IRMÃOS, FILHOS, TIOS (AS), AVÓS MESMO FALECIDOS TEM OU TIVERAM ALGUMAS DAS DOENÇAS ABAIXO:

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
01 - TUBERCULOSE				05 - ASMA			
02 - DIABETE				06 - SURDEZ			
03 - DOENÇA DO CORAÇÃO E PRESSÃO ALTA				07 - DOENÇA MENTAL			
04 - CÂNCER							

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO	SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO
08 - DOENÇAS DO CORAÇÃO/P ALTA/INFARTO			18 - OUVES BEM?		
09 - DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES			19 - JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ?		
10 - ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE			20 - OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS?		
11 - TOSSE CRÔNICA			21 - INSÔNIA?		
12 - DOENÇAS RENAIAS			22 - CONSIDERA-SE ESTRESSADO?		
13 - DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE. CIRROSE, ETC)			23 - SOFREU ALGUMA FRATURA COM SEQUELAS FUNCIONAIS?		
14 - DIABETE (AÇÚCAR NO SANGUE)			24 - JÁ TEVE CONVULSÕES?		
15 - DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			25 - CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
16 - RESFRIADOS REPETITIVOS			26 - FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?		
17 - ENXERGA BEM?			27 - FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		
<b>ANTECEDENTES OCUPACIONAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>ANTECEDENTES OCUPACIONAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
28 - SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?			29 - PRÁTICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?		
30 - JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS			31 - É ALÉRGICO A PRODUTO DE LIMPEZA/FAXINA?		





**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

32 - JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES		33 - É ALÉRGICO ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?	
34 - CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?		35 - PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?	
36 - CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO			
37 - RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?			
38 - JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?			
39 - JÁ ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS POR ACIDENTE OU DOENÇA ADQUIRIDA NO SEU TRABALHO, CASO A REPOSTA SEJA SIM, DESCREVA-O. _____			
40 - JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI(EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?			
41 - APESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?			
42 - JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?			
43 - DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.			
44 - POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.			
DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS. E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.			
DATA	ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO		
/ /			



**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E  
EM MEDICINA DO TRABALHO-SMAG**

**FORMULÁRIO PRÉ-ADMISSÃO**

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E CULTURA - SMEC

**IDENTIFICAÇÃO:**

CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	
NOME (SEM ABREVIAR):		
ESTADO CIVIL:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:
ESCOLARIDADE:	FORMAÇÃO:	PÓS-GRADUAÇÃO:

**ENDEREÇO:**

LOGRADOURO:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	COMPLEMENTO:	CEP:
TELEFONE DE CONTATO:	E-MAIL:	

<b>CARGO PLEITEADO:</b>	<b>FUNÇÃO/COMPETÊNCIA DO CARGO (CONFORME O EDITAL) ATRIBUIÇÃO DO CARGO:</b>
<b>ASSISTENTE/ CUIDADOR ESCOLAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cumprir com zelo e responsabilidade o que preconiza a Lei Complementar nº 003/2012, a Lei nº 1.411/12 e Nota técnica nº 19/2010-MEC/SEESP/GAB;</li> <li>• Prestar auxílio individualizado às atividades de locomoção, higiene e alimentação aos alunos, público alvo de Creche e Educação Especial, zelando pelo bem estar, saúde, cultura, recreação e lazer, em sala de aula e/ou no intervalo escolar de acordo com as necessidades e especificidades apresentadas pelo aluno;</li> <li>•Realizar procedimentos e cuidados de higiene dos alunos, público alvo de Creche e Educação Especial, assistindo as atividades de vida diária (alimentação, banho, vestiário, higiene pessoal, locomoção);</li> <li>•Dispor de cuidado aos alunos público alvo de Creche e Educação Especial de acordo com as necessidades e / ou deficiências apresentadas para evitar possíveis acidentes e transitar com segurança nas dependências físicas do ambiente escolar;</li> <li>•Auxiliar os alunos público alvo de Creche e Educação Especial, individualmente, mediante orientação da equipe escolar, nas atividades pedagógicas, lúdicas e artísticas, sendo acompanhadas pelo Professor e / ou Professor da Sala de Recurso Multifuncional – SRM e demais profissionais;</li> <li>•Observar o aluno na chegada e saída da instituição escolar, identificando suas vestimentas e pertences pessoais, bem como, informar quaisquer fatos relevantes à gestão da escola;</li> <li>•Auxiliar na promoção de ações de socialização e integração harmoniosa entre os alunos;</li> <li>•Estimular o desenvolvimento do aluno público alvo de Creche e Educação Especial, respeitando os seus</li> </ul>





**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

valores, sua individualidade, sua faixa etária e seus diferentes níveis de evolução física, emocional, cognitiva e social, considerando suas necessidades e limitações;

- Realizar, estimular, controlar e acompanhar a ingestão de líquidos e alimentos variados, observando as orientações da família e prescrição de especialistas, de acordo a necessidade individual do aluno, sob a coordenação da Gestão da Instituição escolar.
- Observar e informar ao professor e a gestão escolar, qualquer reação estranha quanto ao aspecto físico do aluno público alvo de Creche e Educação Especial;
- Controlar e acompanhar, se caso for necessário, o horário e ingestão de medicamentos, sob a coordenação da gestão da instituição escolar, a orientação da família e/ou prescrição de especialista;
- Acompanhar integralmente o aluno no decorrer de todas as atividades propostas na instituição escolar, sob coordenação do Professor e da Gestão da escola.
- Cumprir com zelo e responsabilidade suas atribuições junto ao aluno público alvo de Creche e Educação Especial, em consonância com as diretrizes Municipais e a Legislação vigente.

POSSUI VÍNCULO COM SERVIÇO PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
SECRETARIA:	SETOR DE LOTAÇÃO	FONE:
CARGO (01):	MATRICULA (01)	
CARGO (02):	MATRICULA (02)	
VÍNCULO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO		
OUTROS VÍNCULOS:		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO – CASO POSITIVO IDENTIFICAR: _____		
ESTÁ NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES:		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO – CASO NEGATIVO INFORMAR O MOTIVO: _____		

**ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO**

– SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.

– O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI.

– HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTES FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.

– O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO.

– DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL





**“BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ”**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

QUALQUER DE SEUS FAMILIARES DIRETO DE PAI E MÃE, COMO IRMÃOS, FILHOS, TIOS (AS), AVÓS MESMO FALECIDOS TEM OU TIVERAM ALGUMAS DAS DOENÇAS ABAIXO:

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
01 - TUBERCULOSE				05 - ASMA			
02 - DIABETE				06 - SURDEZ			
03 - DOENÇA DO CORAÇÃO E PRESSÃO ALTA				07 - DOENÇA MENTAL			
04 - CÂNCER							

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO	SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO
08 - DOENÇAS DO CORAÇÃO/P ALTA/INFARTO			18 - OUVES BEM?		
09 - DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES			19 - JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ?		
10 - ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE			20 - OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS?		
11 - TOSSE CRÔNICA			21 - INSÔNIA?		
12 - DOENÇAS RENAIAS			22 - CONSIDERA-SE ESTRESSADO?		
13 - DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE. CIRROSE, ETC)			23 - SOFREU ALGUMA FRATURA COM SEQUELAS FUNCIONAIS?		
14 - DIABETE (AÇÚCAR NO SANGUE)			24 - JÁ TEVE CONVULSÕES?		
15 - DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			25 - CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
16 - RESFRIADOS REPETITIVOS			26 - FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?		
17 - ENXERGA BEM?			27 - FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		
<b>ANTECEDENTES OCUPACIONAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>ANTECEDENTES OCUPACIONAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
28 - SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?			29 - PRÁTICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?		
30 - JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS			31 - É ALÉRGICO A PRODUTO DE		





**"BRASIL – DO CABURAI AO CHUÍ"**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**

		LIMPEZA/FAXINA?		
32 - JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES		33 - É ALÉRGICO ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?		
34 - CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?		35 - PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?		
36 - CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO				
37 - RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?				
38 - JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?				
39 - JÁ ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS POR ACIDENTE OU DOENÇA ADQUIRIDA NO SEU TRABALHO, CASO A REPOSTA SEJA SIM, DESCREVA-O. _____				
40 - JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI(EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?				
41 - APESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?				
42 - JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?				
43 - DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.				
44 - POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.				
DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS. E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.				
DATA	ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO			
/ /				

