



CHAMAMENTO EMERGENCIAL N°002/2022

A Secretária Municipal de Saúde de Patos de Minas no uso de suas atribuições TORNA PÚBLICO, a CONVOCAÇÃO 001 do Chamamento Emergencial 002/2022.

Cargo: Técnico de Farmácia

Nº	Nome	Pontuação	Situação
1	Ivone Pereira De Andrade Duarte	100	Classificado
2	Greice da Silvia Morais	90	Classificado
3	Francielle Machado Soares	90	Classificado
4	Débora Lúcia de Souza Vieira	85	Classificado
5	Jackeline Mendes Peres	85	Classificado
6	Alaine Morais de Oliveira	85	Classificado
7	Denise Martins Barbosa	85	Classificado

O candidato convocado deverá apresentar para fins de assinatura e celebração do Contrato Administrativo, **obrigatoriamente**, através do link <https://patosdeminas.prefeituras.net> (Aprova Digital, Novo, Processo Digital, 5 - Secretaria de Administração Admissional, solicitar), cópia legível dos documentos listados a seguir, até o dia 21/01/2022:

- a) Uma Foto 3X4 (colorida);
- b) Conta Bancária do Santander;
- c) Comprovante de endereço atualizado;
- d) Carteira de Identidade (RG);
- e) CPF;
- f) Título de Eleitor;
- g) PIS, PASEP;
- h) Certificado de Reservista/Quit. Obrig Militar (sexo masculino);
- i) Certidão de nascimento (se solteiro);
- j) Certidão de casamento e CPF do cônjuge;
- k) Certidão de Nascimento e CPF de filhos dependentes;
- l) Comprovante de Escolaridade e comprovante do curso técnico de farmácia;
- m) Certidão de Ação Civil - Site TJMG;
- n) Certidão de Antecedentes Criminais - Site TJMG;
- o) Certidão de quitação com as obrigações eleitorais – Site TREMG;
- p) Comprovante de Regularidade do CPF - Site Receita Federal;
- q) CNIS – O extrato, com todo o demonstrativo das contribuições previdenciárias-Site do



INSS;

r) Auto declaração e questionário de antecedentes clínicos, ANEXO I.

- **O envio dos documentos só é possível em uma única vez.**
- **Caso o convocado não apresente toda a documentação no prazo acima estabelecido, será automaticamente considerado desistente da vaga.**
- **Após apresentação da documentação, o convocado receberá, o encaminhamento com a autorização para o início das Atividades e apresentação na respectiva Lotação.**

Ressalte-se que é de inteira responsabilidade do candidato convocado a apresentação dos documentos conforme exigido acima, e que alguma inconsistência pode incorrer na não inclusão em folha de pagamento.

Patos de Minas, 19 de janeiro de 2022.

Ana Carolina Magalhães Caixeta
Secretária Municipal de Saúde



ANEXO I

GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS:

1. NOME: _____
2. CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M
3. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE (anos): _____
4. PESO(kg): _____ ALTURA(cm): _____
5. CARGO: _____
6. ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO MÉDICO ATUAL? NÃO

SIM QUAL: _____
7. FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? NÃO

SIM QUAL: _____
8. FAZ OU JÁ FEZ USO DE DROGAS IMUNOSSUPRESSORAS (METOTREXATO, CORTICOTERAPIA, CICLOSPORINA, AZATIOPRINA, ETC)?
NÃO
SIM QUAL: _____
9. JÁ REALIZOU ALGUMA CIRURGIA? NÃO

SIM QUAL: _____
10. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA RESPIRATÓRIA? (ASMA, BRONQUITE, ENFISEMA, DESVIO DE SEPTO, ADENOIDE, SINUSITE, RINITE, OUTRAS). SIM NÃO
NÃO
SIM QUAL: _____
11. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR? (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA DE CHAGAS, DOENÇA CORONARIANA, VARIZES, VALVULOPATIAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, ARRITMIAS, OUTRAS).
NÃO
SIM QUAL: _____
12. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA MUSCULOESQUELÉTICA? (HÉRNIA DISCO, LESÃO DE MENISCO E OU LIGAMENTOS, BURSITE, ARTRITES, ARTROSES, GOTA, LÚPUS, TENOSSINOVITES, LORDOSE, OUTRAS).
NÃO



SIM QUAL: _____

13. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DO APARELHO AUDITIVO? (SURDEZ, OTITES, LABIRINTITE, OUTROS).

NÃO

SIM QUAL: _____

GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

14. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DA VISÃO? (MIOPIA, ESTRABISMO, GLAUCOMA, HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO, CATARATA, CERATOCONE, RETINOPATIA, CEGUEIRA, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

15. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO? (GASTRITE, ÚLCERA, COLITE, CIRROSE, HEPÁTICA, HEPATITE, HÉRNIA, PANCREATITE, DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR, HEMORROIDAS, DIVERTICULITE, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

16. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA NEUROLÓGICA? (ENXAQUECA, MAL DE PARKINSON, DOENÇA DE ALZHEIMER, EPILEPSIA, TUMORES, PARALISIA, SEQUELA DE DERRAME, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

17. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ENDÓCRINA? (DIABETES, HIPERTIREOIDISMO, DISLIPIDEMIA – COLESTEROL ALTO, HIPOTIREOIDISMO, DESNUTRIÇÃO, OBESIDADE, OUTRAS)

NÃO

SIM QUAL: _____

18. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA? (PSICOSE, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, INSÔNIA, TENTATIVAS DE SUICÍDIO, USO DE OUTRAS DROGAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

19. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DE PELE (MICOSES, SARNAS, ERISPELA, PSORÍASE...) OU ALÉRGICAS?

NÃO

SIM QUAL: _____

20. APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUMA DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA? NÃO



SIM QUAL: _____

21. FAZ USO DE PRÓTESE (S), ÓRTESE (S) (PINO, PARAFUSO, PLACA, FIOS, SILICONE, OUTROS).
NÃO

SIM QUAL: _____

22. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA OCUPACIONAL? (LER, DORT, LOMBALGIA, HÉRNIA,
ARTROSE, PNEUMOCONIOSE, OUTRAS).
NÃO

SIM QUAL: _____



GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

23. É TABAGISTA? NÃO
SIM CIGARROS/DIA? _____. HÁ QUANTO TEMPO? _____
24. É ETILISTA (CONSOME BEBIDA ALCOÓLICA)? NÃO
SIM QUANTIDADE: _____ FREQUÊNCIA: _____
25. ESTÁ AFASTADO DO TRABALHO POR MOTIVO DE DOENÇA? NÃO
SIM QUAL: _____
26. SOFRE DE ALGUMA SEQUELA DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO? NÃO
SIM QUAL: _____
27. SOFRE DE ALGUMA OUTRA DOENÇA NÃO DESCRITA NESTA DECLARAÇÃO? NÃO
SIM QUAL: _____
28. FAZ PARTE DO GRUPO DE RISCO: IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 ANOS; CARDIOPATIAS GRAVES OU DESCOMPENSADOS (INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CARDIOPATIA ISQUÊMICA); PNEUMOPATIAS GRAVES OU DESCOMPENSADOS (ASMA MODERADA/GRAVE, DPOC); DOENÇAS RENAIAS CRÔNICAS EM ESTÁGIO AVANÇADO (GRAUS 3, 4 E 5); DIABETES MELLITUS, CONFORME JUÍZO CLÍNICO; DOENÇAS CROMOSSÔMICAS COM ESTADO DE FRAGILIDADE IMUNOLÓGICA; GESTAÇÃO E PUÉRPÉRIO; PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E COGNITIVAS FÍSICAS; ESTADOS DE IMUNOCOMPROMETIMENTO, DEVIDO AO USO DE MEDICAMENTOS OU DOENÇAS, INCLUINDO OS PORTADORES DE HIV/AIDS E NEOPLASIAS; DOENÇAS NEUROLÓGICAS.
- NÃO
SIM QUAL: _____

PATOS DE MINAS/MG, ____/____/_____.

ASSINATURA DO CANDIDATO OU FUNCIONÁRIO.



AUTO DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do RG n°/órgão expedidor _____ e do CPF n° _____. _____. ____- ____, residente e domiciliado à Rua/AV: _____, N° _____, complemento _____, Bairro _____, município de _____, candidato ao cargo de _____, declaro estar em pleno gozo de minha saúde física e mental para exercer as funções inerentes ao cargo.

Atestado de Saúde Ocupacional dispensado em função da necessidade de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus no município de Patos de Minas.

Patos de Minas, ____ de _____ de 2022.