



CHAMAMENTO EMERGENCIAL Nº023/2021			
CONVOCAÇÃO 007			
A Secretária Municipal de Saúde de Patos de Minas no uso de suas atribuições TORNA PÚBLICO, a CONVOCAÇÃO 007 do Chamamento Emergencial 023/2021.			
Cargo: Técnico de Enfermagem			
Nº	Nome	Pontuação	Situação
64	Roseli Aparecida Silva Amaral	23/08/1976	Classificado
65	Mary Margarida Tolentino da Silva	02/10/1976	Classificado
66	Patricia Alves Martins	12/06/1977	Classificado
67	Jucara Pereira De Macedo	05/05/1980	Classificado
68	Glicerio Paulo dos Reis	07/11/1980	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 17/01/2022:

- a) Uma Foto 3X4 (colorida);
- b) Conta Bancária do Santanter;
- 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) Registro Conselho da Categoria;
- j) Certidão de nascimento (se solteiro);
- k) Certidão de casamento e CPF do cônjuge;
- l) Certidão de Nascimento e CPF de filhos dependentes;
- m) Comprovante de Escolaridade – Original e Cópia;
- n) Certidão de Ação Civil - Site TJMG;
- o) Certidão de Antecedentes Criminais - Site TJMG;
- p) Certidão de quitação com as obrigações eleitorais – Site TREMG;
- q) Comprovante de Regularidade do CPF - Site Receita Federal;
- r) CNIS – O extrato, com todo o demonstrativo das contribuições previdenciárias -Site do INSS;



- s) 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, 14 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.