



# MUNICÍPIO DE JUÍNA

## PODER EXECUTIVO

### ESTADO DE MATO GROSSO

#### **EDITAL DE CONVOCAÇÃO N.º 01/2023/PSP N° 001/2023.**

O PREFEITO MUNICIPAL DE JUÍNA, ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais, CONVOCA os candidatos aprovados e/ou Classificados no Processo Seletivo, objeto do Edital de Processo Seletivo Público PSP N° 001/2023, que seguem relacionados no ANEXO I do presente Edital, para comparecerem na na **Prefeitura Municipal de Juína**, , Tv. Emmanuel, 33N – Centro, Juína-MT, **no horário das 07:30h às 10:30h ou 13:30h às 16:30 horas, no prazo de 05 dias úteis a contar da data de publicação do edital de convocação**, munidos dos documentos solicitados nos Anexos: II, III, IV, V e VI.

Os Convocados pelo presente Edital tornam-se cientes dos prazos acima citados.

O não Comparecimento no prazo previsto neste Edital de Convocação implicará na desclassificação dos candidatos, sendo, portanto, considerados desistentes para todos os efeitos legais.

Integram o presente Edital, passando do mesmo a ser parte integrante, os seguintes ANEXOS:

I – ANEXO I: RELAÇÃO DOS CANDIDATOS CONVOCADOS;

II – ANEXO II: RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO;

III - ANEXO III: RELAÇÃO DE EXAMES

IV - ANEXO IV: DECLARAÇÃO QUANTO AO EXERCÍCIO OU NÃO DE OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA;

V - ANEXO V: DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES;

VI - ANEXO VI: DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIO DE TRABALHO;

O presente Edital entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Juína-MT, 30 de outubro de 2023.

**PAULO AUGUSTO VERONESE**  
Prefeito Municipal



# MUNICÍPIO DE JUÍNA

## PODER EXECUTIVO

### ESTADO DE MATO GROSSO

#### ANEXO I

#### RELAÇÃO DE CANDIDATOS CONVOCADOS

##### I – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PSF CENTRAL

CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO
1º	GABRIELA DE SOUSA CORDEIRO
2º	HELENA BARBOSA SILVA

##### II – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PSF PALMITEIRA

CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO
1º	ELIANE MARQUES AVELINO

##### III – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PSF MÓDULO 05 - EQUIPE 01

CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO
1º	TATIANE APARECIDA DOS SANTOS

##### IV – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PSF MÓDULO 05 - EQUIPE 02

CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO
1º	JOANA DE JESUS SANTANA
2º	ROBSON ALESSANDRO RODRIGUES

##### V – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PSF MÓDULO 06 – EQUIPE 01

CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO
1º	SANDRA MENDONÇA

##### VI – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PSF MÓDULO 06 – EQUIPE 02

CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO
1º	NEIDE LUCIO MACHADO



# MUNICÍPIO DE JUÍNA

## PODER EXECUTIVO

### ESTADO DE MATO GROSSO

#### ANEXO II

#### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO

##### 1. Fotocópia das seguintes documentações:

- a) ( ) RG - Cédula de Identidade, comprovando a idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos;
- b) ( ) CPF;
- c) ( ) Situação cadastral do CPF
- d) ( ) Título de Eleitor;
- e) ( ) Comprovante de votação na última eleição que antecederem à posse, se à época já possuía 18 (dezoito) anos;
- f) ( ) Certificado de Reservista, ou documento equivalente, ou ainda dispensa de incorporação (quando do sexo masculino);
- g) ( ) Certidão de Nascimento ou Casamento;
- h) ( ) **Comprovante de residência EM NOME DO ADMITIDO (atualizado na data da posse);**
- i) ( ) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (para os cargos específicos);
- j) **Comprovante de escolaridade exigida para o cargo, através de:**
  - ( ) Certificado ou Diploma;
  - ( ) Declaração de conclusão de curso Original ou autenticada em cartório (se não possuir o Certificado ou Diploma;
  - ( ) Histórico escolar;
- k) ( ) **E-mail obrigatório**

##### 2. Apresentar fotocópias (legíveis) com exibição dos documentos originais das seguintes documentações:

- a) ( ) CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social (de todas as páginas preenchidas) e documento original;
- b) ( ) PIS/PASEP (atualizado);
- c) ( ) Certidão de Nascimento e RG e CPF (se tiver) dos filhos dependentes (se for o caso);
- d) ( ) Caderneta de vacinação para os filhos menores de 05 anos (se for o caso);
- e) ( ) Tipagem Sanguínea;
- f) ( ) CPF Esposo(a)

##### 3. Apresentar documentação no original das seguintes documentações:

- a) ( ) 01 (uma) fotografia, tamanho 3x4, recente e colorida;
- b) ( ) Declaração de horário de trabalho, se possuir outro vínculo empregatício, para demonstração de compatibilidade com o horário disponível e de interesse do Órgão Público;
- c) ( ) Certidão negativa fornecida pelo Cartório Distribuidor da Comarca do domicílio dos últimos cinco anos de 1º e 2º grau, relativa à existência ou inexistência de ações cíveis e criminais (com transito em julgado): [www.tjmt.jus.br](http://www.tjmt.jus.br) / [www.jfmont.jus.br](http://www.jfmont.jus.br);
- d) ( ) **Declaração de não Acumulação de Cargos Públicos.** (declaração de que não ocupa outro cargo ou função pública (nos casos de acumulação lícita de cargos, deverá ser indicado o cargo já ocupado);
- e) ( ) Declaração de Bens e Valores;  
**OBS: Para quem declara imposto de renda:** tirar cópia da declaração de IRRF e não é necessário preencher a Declaração de Bens e Valores;
- f) ( ) Exames Complementares necessários para o Atestado ou Laudo da Avaliação da Aptidão Física e Mental (Perícia Médica), conforme relacionados no ANEXO III, do presente Edital; ( **Verificar na SEGMED quais exames serão por conta do convocado**)
- g) ( ) Conta Corrente ou Salário Banco Bradesco - Agência de Juína



# MUNICÍPIO DE JUÍNA

## PODER EXECUTIVO

### ESTADO DE MATO GROSSO

**ANEXO III**

## RELAÇÃO DOS EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES COMPLEMENTARES	
EXAME	
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Avaliação de Aptidão Física e Mental;</li><li>➤ Hemograma;</li><li>➤ Glicemia;</li><li>➤ Eletrocardiograma com laudo;</li><li>➤ Audiometria;</li><li>➤ Raio X do Tórax - PA e perfil e RX de coluna;</li><li>➤ Anti HBS;</li><li>➤ Avaliação Postural Fisioterapeuta;</li><li>➤ Tipagem Sanguínea;</li><li>➤ Carteira de vacinação atualizada;</li></ul>	
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Os Exames Complementares relacionados na presente Tabela antes de ser apresentados na Divisão de Recursos Humanos, deverão ser apresentados pelo candidato Convocado no momento que for submetido a Avaliação da Aptidão Física e Mental (Perícia Médica), cuja data deverá ser agendada pelo mesmo com antecedência, na data, horário e local abaixo discriminados:</p>	
<b>DATA:</b>	<b>30/10/2023 a 06/11/2023;</b>
<b>HORÁRIO:</b>	08:00 às 17:00 horas;
<b>LOCAL:</b>	<b>SEGMED SEGURANÇA DA MEDICINA DO TRABALHO;</b>
<b>ENDEREÇO:</b>	Avenida Cristiane Casquet, Bairro Módulo 01, Juína-MT;
<b>TELEFONE:</b>	(66) 3566-5725.



# MUNICÍPIO DE JUÍNA

## PODER EXECUTIVO

### ESTADO DE MATO GROSSO

#### ANEXO IV

#### DECLARAÇÃO QUANTO AO EXERCÍCIO OU NÃO DE OUTRO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e do CPF nº. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_ Avenida/Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, neste Município de JUÍNA-MT, venho através do presente **DECLARAR** para os devidos fins que se fizerem necessários que ao assumir o cargo de \_\_\_\_\_, não acumularei cargos nas situações proibidas pela legislação em vigor, (inciso XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal). E para que esta Declaração surta os seus efeitos legais, dato e assino a presente em duas vias de igual e teor forma.

Juína/MT, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_



# MUNICÍPIO DE JUÍNA

PODER EXECUTIVO

ESTADO DE MATO GROSSO

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e do CPF nº. \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, residente e domiciliado neste Município de JUINA-MT, venho através de o presente **DECLARAR** para os devidos fins que se fizerem \_\_\_\_\_ necessários que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

E para que esta Declaração surta os seus efeitos legais, dato e assino o presente em duas vias de igual e teor forma.

Juína/MT, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_



# MUNICÍPIO DE JUÍNA

## PODER EXECUTIVO

### ESTADO DE MATO GROSSO

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE HORÁRIO DE TRABALHO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e do CPF nº. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, residente e domiciliado neste Município de JUÍNA-MT, venho através do presente **DECLARAR** para os devidos fins que se fizerem necessários que possuo vínculo empregatício \_\_\_\_\_ no período \_\_\_\_\_ das \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_.

E para que esta Declaração surta os seus efeitos legais, dato e assino a presente em duas vias de igual e teor forma.

Juína/MT, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_