



EDITAL DE CONVOCAÇÃO 024 DE 11.05.2022
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº001/2020

O Secretário Municipal de Saúde de Barra do Garças, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais e em cumprimento da Legislação em vigor, CONVOCA, o(a) candidato(a) abaixo relacionado(a), classificado(a) no Processo Seletivo Simplificado 001/2020 prorrogado conforme Decreto nº 4.860 de 02/05/2022, para comparecer no prazo máximo de 02 (dois) dias, a contar da publicação desta, na Sede da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Goiás nº 615 Centro, para apresentarem cópias dos documentos, habilitações exigidas e declarações devidamente impressas e preenchidas conforme anexo I, firmar contrato por prazo determinado em seu respectivo cargo.

O não comparecimento no prazo legal implicará na desistência do(a) candidato(a) convocado(a) podendo a Secretaria Municipal de Saúde, convocar o(s) imediatamente posterior(es), obedecendo a ordem de classificação.

CARGO: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO		
ORDEM CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO	PONTUAÇÃO
162	GABRIELA SAMPAIO DA SILVA	4,0
163	MILENA PEREIRA DOS SANTOS	4,0
CARGO: ENGENHEIRO DE ALIMENTOS		
ORDEM CLASSIFICAÇÃO	CANDIDATO	PONTUAÇÃO
2	SIMONE MESSIAS RODRIGUES ESTEVES	18,0

Barra do Garças - MT, 11 de Maio de 2022.

Adilson Tavares Lopes
Secretário Municipal De Saúde
Port. 17.006 de 01.01.2021



ANEXO I

DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO

ATENÇÃO!!! 02 CÓPIAS (LEGÍVEIS) DE CADA

- () 02 FOTOS RECENTES
- () RG E CPF (CÓPIA NA MESMA FOLHA DO MESMO LADO) CASO SEJA A NOVA IDENTIDADE TEM QUE SER AMPLIADA (NÃO PODE SER CNH)
- () TÍTULO ELEITOR
- () COMPROVANTE DE CONTA BANCARIA BANCO DO BRASIL: CONTA CORRENTE OU CONTA SALÁRIO
- () COMPROVANTE DE ENDEREÇO (ATUALIZADO)
- () CARTÃO DE VACINA (ATUALIZADO)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO (SE FOR O CASO)
- () CERTIDÃO DE NASCIMENTO **FILHO (S) ATÉ 14 ANOS** (CASO TENHA)
- () CERTIDÕES NEGATIVAS DE 1º E 2º GRAU (Civil e Criminal)
<http://sec.tjmt.jus.br/>
<https://www.cjf.jus.br/cjf/certidao-negativa>
- () DIPLOMA (CERTIFICADO) DE ESCOLARIDADE
- () DOCUMENTO COM NÚMERO DO PIS (ATUALIZADO)
- () CARTEIRA DE TRABALHO (*FRENTE E VERSO, PÁGINA DA FOTO E A ÚLTIMA FOLHA ASSINADA POR CONTRATO, SE FOR CONTRATADO DEVERÁ APRESENTAR A CARTEIRA ORIGINAL*)
- () RESERVISTA (QD SEXO MASCULINO)

PARA NÍVEL SUPERIOR E PROFISSÕES REGULAMENTADAS

- () CARTEIRA PROFISSIONAL
- () DIPLOMA (CERTIFICADO)
- () CERTIDÃO NEGATIVA /REGULARIDADE FORNECIDA PELO CONSELHO (ORIGINAL E UMA CÓPIA)



PREENCHER TODOS OS CAMPOS COM OS DADOS SOLICITADOS NAS FICHAS (exceto matrícula) SEM RASURAS OU CORES DIFERENTES/ USAR CANETA AZUL

- () 1-FICHA CADASTRAL (EM ANEXO) **INFORMAR O CEP DA RUA QUE RESIDENTE e E-MAIL**
- () 2-DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULO DE CARGO/DISPONIBILIDADE (EM ANEXO)
- () 3-DECLARAÇÃO DE BENS (EM ANEXO)
- () 4-DECLARAÇÃO DE NÃO PARENTESCO (EM ANEXO)
- () E-MAIL (INFORMAR NA FICHA CADASTRAL- CASO NÃO TENHA DEVERÁ PROVIDENCIAR)

APÓS PREENCHER AS FICHAS TIRAR 01 CÓPIA DE CADA LEGIVEL



DECLARAÇÃO DE BENS

BARRA DO GARÇAS – MT, _____ DE _____ DE 2022

Eu, _____ nascido na
cidade _____ residente e domiciliado
a, _____

inscrito no CPF nº _____ RG, _____, Orgão

Expositor: _____ profissão _____, declaro para os
fins de ingresso na Administração Pública Municipal que até a presente data o meu patrimônio é
de:

1). _____ Valor _____

2). _____ Valor _____

3). _____ Valor _____

4). _____ Valor _____

5). _____ Valor _____



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUN. DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete do Secretário



6).

_____ Valor _____

7).

_____ Valor _____

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração sob pena do Art. 299 da Lei 2.848/1940.

Assinatura



**ANEXAR
FOTO 3/4**

FICHA CADASTRAL – RH

Barra do Garças – MT ____/____/____

Nome: _____ Data

Nasc: ____/____/____

Pai.

Mãe: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade Brasileira ()
Estrangeira ()

CPF: _____ RG: _____ Órgão: _____ Data Exp:
____/____/____

PIS/PASEP: _____ CTPS nº: _____ Série _____ Data Exp:
____/____/____

Título Eleitor: _____ Seção: _____ Zona: _____ Data Exp:
____/____/____

Tipo Sanguíneo: _____ E-

MAIL: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP DA RUA QUE RESIDE _____

Complemento: _____

Nº Conta Corrente: _____ Banco: _____ Agencia



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUN. DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete do Secretário



Cidade: _____ Estado: _____

Grau de Escolaridade _____ Cargo: _____

Matricula Funcional: _____

**JÁ POSSUIU Vínculo COM ESTE MUNICÍPIO: SIM () QUAL O
PERÍODO/ANO; NÃO ()**

Vínculo Atual: Contrato () Cargo comissionado ()

Admissão _____/_____/_____

Órgão de Lotação: _____

Telefone fixo: () _____ **Celular:** () _____ **Outros:**
() _____

Estado

Civil: _____ Cônjuge _____

CPF DO Cônjuge: _____ Data

Nascimento: _____/_____/_____

DEPENDENTES

01 -Nome: _____ D.

Nasc. _____/_____/_____

Grau de

Parentesco: _____ CPF _____

02 -Nome: _____ D.

Nasc. _____/_____/_____

Grau de

Parentesco: _____ CPF _____

Observações:

Secretaria realizadora do cadastramento: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura do servidor



DECLARAÇÃO

NOME: _____ CARGO: _____

LOTAÇÃO: _____

Vínculo: () Estatutário/ () Comissionado/ () Estatutário/Comissionado/ ()
Contrato

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, sob pena de incorrer no crime de falsidade ideológica previsto no artigo 299 do Código Penal, que () POSSUO / NÃO POSSUO () parentes nos graus relacionados nas colunas 01 (um), 02 (dois) e 03 (três) da tabela constante no final deste documento, que exerçam cargos de Direção, Assessoramento ou Chefia lotados na administração direta do Poder Executivo, nas Autarquias, Funções e Empresas Pública ou junto ao Poder Legislativo do Município de Barra do Garças ou ainda exercendo cargo eletivo (Prefeito, Vice-prefeito, Vereadores).

Por ser verdade firmo a presente, ciente das penalidades cabíveis.

Barra do Garças, _____ de _____ de 2022

Assinatura do Declarante



Tabela de parentesco para informação e referência

01 – LINHA RETA	02 – COLATERAL	03 – POR AFINIDADE
01- PAIS 02- FILHOS 03- AVÓS 04- NETOS 05- BISAVÓS 06- BISNETOS	07- PAIS 08- IRMÃOS 09- AVÓS 10- TIOS	11- CÔNJUGE 12- COMPANHEIRO(A) 13- ENTEADOS 14- CUNHADOS 15- SOGROS 16- AVÓS

Obs. Caso possua, relacione nome, cargo e grau de parentesco:

DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE CARGOS, FUNÇÕES OU EMPREGOS PÚBLICOS

Eu, _____, RG _____
nº _____ Orgão _____ Exp: _____ CPF _____
nº _____, DECLARO, para fins de atualização de meu cadastro funcional junto a Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde Município de Barra do Garças – Estado de Mato Grosso, que exerço o cargo de _____, com lotação _____, **QUE NÃO EXERÇO** nenhum cargo, função ou emprego público na Administração Pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, que seja imaculável com o cargo que exerço, em consonância com a Constituição Federal e seus princípios norteadores;

DECLARO que NÃO ATUO em funções ou atribuições públicas ou privadas, que conflitem com minha jornada de trabalho ou plantões ou que sejam incompatíveis.

DECLARO, também, estar ciente que devo comunicar a Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde – Município de Barra do Garças- Mato Grosso,



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUN. DE BARRA DO GARÇAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gabinete do Secretário



qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda as determinações legais vigentes para os casos de acumulação de cargos.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declarações falsas caracteriza o crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que poderei ser responsabilizado por este crime, independente das sanções cíveis e administrativas, caso se comprove a veracidade do declarado neste documento;

DECLARO, por fim, que tomo ciência de todo teor desse documento e de minha responsabilidade.

Barra do Garças- Mato Grosso, _____ de _____ de 2.022

Nome do declarante: _____

Assinatura do declarante: _____

Carimbo do declarante: