



**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.

<b>CARGO: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO</b>		
<b>ORDEM CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>CANDIDATO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
162	GABRIELA SAMPAIO DA SILVA	4,0
163	MILENA PEREIRA DOS SANTOS	4,0
<b>CARGO: ENGENHEIRO DE ALIMENTOS</b>		
<b>ORDEM CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>CANDIDATO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
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 LEGÍVEL**



## 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

\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_



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



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:**