

Inscrição nº



ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura de Chapada dos Guimarães  
Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães

ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO E ENTREGA DE TÍTULOS DO PROCESSO SELETIVO 001-SMSA/2017  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA E EMERGENCIAL DE  
PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO DA SECRETARIA DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DOS GUIMARÃES/MT

NOME DO CANDIDATO (Preencher com letra de forma)

DATA DE NASCIMENTO IDADE DOCUMENTO DE IDENTIDADE ÓRGÃO EXPEDIDOS/UF  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SEXO CPF DDD Telefones  
Masculino \_\_\_ .\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Feminino \_\_\_

Endereço

Número \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Cidade/UF \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

CARGO A QUE CONCORRE

Deseja concorrer às vagas destinadas à portadores de deficiência física?

Não \_\_\_

Sim \_\_\_

Declaro estar ciente que minha qualificação com portador de deficiência física e a compatibilidade da deficiência declarada com as atribuições do emprego dependerão de avaliação da junta médica oficial do município, na forma estabelecida no edital deste teste seletivo (anexar laudo médico comprobatório, declarando o nome da deficiência, o código CID e sua provável causa).

Declaro, sob as penas da lei, que satisfaço às exigências dos atos reguladores deste Teste Seletivo Simplificado, aceitando as regras que lhes são pertinentes.

Chapada dos Guimarães/MT, \_\_\_\_\_ de maio de 2017.

Assinatura do Candidato

Inscrição nº



ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura de Chapada dos Guimarães  
Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães

Anexo II  
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DOS GUIMARÃES

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO  
PORTARIA 001/SMS/2017 – RECIBO DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO

TESTE SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

NOME DO CADIDATO

---

CARGO A QUE CONCORRE

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pela Inscrição

---

Carimbo/assinatura/SMS



ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura de Chapada dos Guimarães  
Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães

## ANEXO III

## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DOS GUIMARÃES

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO  
PORTARIA 001/SMS/2017 – CRONOGRAMA DO EDITAL

## TESTE SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

DATA	ATIVIDADE
04.05.2017	Divulgação do Edital
08.05.2017 à 10.05.2017	Período de Inscrições e entrega de documentos
11.05.2017	Homologação das inscrições
12.05.2017 à 15.05.2017	Período de Seleção
16.05.2017	Divulgação do resultado provisório
17.05.2017	Prazo recurso do resultado provisório
19.05.2017	Resultado final após julgamento dos recursos e homologação do resultado.



ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura de Chapada dos Guimarães  
Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães

ANEXO IV

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DOS GUIMARÃES

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO  
PORTARIA 001/SMS/2017 – CRONOGRAMA DO EDITAL

TESTE SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

(modelo sugestão para os que não cumulam) deverá ser feita de próprio punho

Eu, \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ declaro sob pena de responsabilidade, que não exerço cargo, emprego ou função/atividade no âmbito do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, ou ainda em Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público, bem como não percebo proventos decorrentes de aposentadoria em cargo ou função pública.

Por ser expressão de verdade, firmo a presente.

CHAPADA DOS GUIMARÃES/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do declarante



ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura de Chapada dos Guimarães  
Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães

ANEXO V

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DOS GUIMARÃES

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO  
PORTARIA 001/SMS/2017 – CRONOGRAMA DO EDITAL

TESTE SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

(modelo sugestão para os que cumulam) deverá ser feita de próprio punho

Eu, \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ declaro sob pena de responsabilidade, que exerço o(s) \_\_\_\_\_ no âmbito do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, ou ainda em Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público, bem como não percebo proventos decorrentes de aposentadoria em cargo ou função pública em regime \_\_\_\_\_, localizada na \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, em jornada de trabalho de \_\_\_\_\_ horas semanais.

Por ser expressão de verdade, firmo a presente.

CHAPADA DOS GUIMARÃES/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do declarante



ESTADO DE MATO GROSSO  
Prefeitura de Chapada dos Guimarães  
Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães

ANEXO VI

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DOS GUIMARÃES

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO  
PORTARIA 001/SMS/2017 – CRONOGRAMA DO EDITAL

TESTE SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS

(modelo sugestão para os aposentados) deverá ser feita de próprio punho

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO

(modelo sugestão para os aposentados) deverá ser feita de próprio punho

Eu, \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ declaro sob  
pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada que sou aposentado(a) e exercia o  
\_\_\_\_\_ e prestava serviços no (a) \_\_\_\_\_.  
Cargo, Função ou Emprego

Por ser expressão de verdade, firmo a presente.

CHAPADA DOS GUIMARÃES/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do declarante



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**Prefeitura de Chapada dos Guimarães**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Chapada dos Guimarães**

**ANEXO VII**

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DOS GUIMARÃES**  
**COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PORTARIA 001/SMS/2017**  
**QUADRO DE CARGOS/REQUISITOS/TIPO DE PROVA/ REMUNERAÇÃO/CARGA HORÁRIA/VAGAS/LOCAL DE TRABALHO**

Ord	CARGOS	REQUISITOS	TIPO DE PROVA	REMUNERAÇÃO	CARGA HORÁRIA	Vagas	LOCAL DE TRABALHO
01	Médico Clínico/Plantonista	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	09	HOSPITAL DOM OSWALDO
02	Médico Clínico/PSF	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	09	PSF
03	Enfermeiros	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$2.701,11 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	07	UBS/PSF/HOSPITAL DOM OSWALDO/SMS
04	Fisioterapeuta	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$2.701,11 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 Horas semanais	02	UBS/PSF/HOSPITAL DOM OSWALDO/SMS
05	Farmacêutico	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$2.701,11 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	FARMÁCIA/SMS
06	Enfermeiro Responsável Técnico	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$2.701,11 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
07	Fisioterapeuta Responsável Técnico	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$2.701,11 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
08	Farmacêutico Responsável Técnico	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$2.701,11 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
09	Médico Responsável Técnico	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
10	Médico Pediatra	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
11	Médico Oftalmologista	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
12	Médico Infectologista	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
13	Médico Cardiologista	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
14	Médico Neuropsiquiatra	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	01	HOSPITAL DOM OSWALDO
15	Médico Perito	Ensino Superior	Análise Curricular/entrevista	R\$3.186,06 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas semanais	02	UBS/PSF/HOSPITAL DOM OSWALDO/SMS
16	Técnico de Enfermagem	Ensino Técnico	Análise Curricular/entrevista	R\$1.002,07 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas Semanais	13	UBS/PSF/HOSPITAL DOM OSWALDO/SMS
17	Auxiliar de Serviços Gerais	Ensino Médio	Análise Curricular/entrevista	R\$937,00 + acréscimos legais e/ou gratificações conforme Lei Municipal Específica	40 horas Semanais	14	UBS/PSF/HOSPITAL DOM OSWALDO/SMS