

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CONCURSO PÚBLICO | PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

3ª Convocação do CADASTRO DE RESERVA PARA PROVIMENTO TEMPORÁRIO

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO/MG**, torna público a Terceira Convocação do **CADASTRO DE RESERVA**, que são os candidatos aprovados no Concurso Público nº 001/2024 que ainda **NÃO FORAM** convocados para posse, a fim de que manifestem interesse e sejam contratados temporariamente por meio **PROCESSO DE PROVIMENTO TEMPORÁRIO DE VAGAS, NOS CARGOS DE:**

- ⇒ Auxiliar Administrativo;
- ⇒ Técnico em Radiologia;
- ⇒ Analista Clínico;
- ⇒ Dentista;
- ⇒ Enfermeiro – 40h;
- ⇒ Farmacêutico-Bioquímico;
- ⇒ Fisioterapeuta;
- ⇒ Médico PSF;
- ⇒ Nutricionista;
- ⇒ Fiscal Municipal – Nível Superior

O Anexo I deste Edital apresenta a lista do cadastro de reserva, ora candidatos convocados para comparecerem, com a Documentação constante no Anexo II, no dia **12 de maio de 2025**, de 08:30hs às 10:30hs, no Setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal (R. Professora Maria Coeli Franco, 13 – Centro, São Gotardo - MG, 38800-000) para **CONTRATO TEMPORÁRIO**.

O Edital de Convocação está disponível para consulta do no site da Prefeitura Municipal de São Gotardo/MG (www.saogotardo.mg.gov.br)

São Gotardo/MG, 05 de maio de 2025

MAKOTO EDISON SEKITA
Prefeito Municipal



CNPJ: 18.602.037/0001-55 – INSC. EST. ISENTO

ANEXO I CADASTRO DE RESERVA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA

INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
2179	GUINYVER FRANKLIN OLIVEIRA	22/04/1993	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	29
1182	MARCELO LONDE RESENDE	28/05/1977	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	32
1697	JORGE GUSTAVO ALVES CAMARGOS	25/10/1990	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	33
2346	GUILHERME SOUSA BESSA	18/01/2004	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	34
1539	VINICIUS DA SILVA MORAIS	10/08/2006	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	35
1581	MARISIA DOS REIS LOURENÇO MORAIS	29/10/1984	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	36
1342	FERNANDO GUSTAVO ARAÚJO SOUSA	05/08/1996	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	41
2047	ANA MAURA ALVES FERREIRA	21/07/2004	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	42
1052	TÂNIA MÁRCIA FLÁVIO	13/08/1969	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	50
1887	GIOVANA DE PAULA PEREIRA	22/03/2006	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	51
760	THIAGO HENRIQUE BORGES GOMES	18/03/1999	201	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	52
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1433	LUCIMAR APARECIDA GONCALVES	28/10/1973	208	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	6
1266	GABRIELA HERRANA SILVA BARBOSA	29/09/2000	208	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	7
1063	FERNANDA AUGUSTA PEREIRA	29/09/1985	208	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	8
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1574	JÉSSICA CUSTÓDIO SILVA	06/06/1997	302	ANALISTA CLÍNICO/BIOMÉDICO	3
405	JOYCE SILVA SANTOS	24/05/1996	302	ANALISTA CLÍNICO/BIOMÉDICO	4
462	LAURA CONSTANZA REIS CODA DIAS	26/08/1989	302	ANALISTA CLÍNICO/BIOMÉDICO	5
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1966	VANESSA OLIVEIRA INÁCIO	11/02/2002	307	DENTISTA	7
1639	KAROLLY FRANCIELLY DE FARIA	27/11/2000	307	DENTISTA	8
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
400	IZABEL CRISTINA RIBEIRO	04/03/1981	309	ENFERMEIRO - 40H	14
357	GILMAR COTA BARCELOS	30/07/1985	309	ENFERMEIRO - 40H	15
1568	ANA CARLA FIRMO FROIS	30/04/1986	309	ENFERMEIRO - 40H	16
260	VANILDA RODRIGUES OLIVEIRA	15/04/1984	309	ENFERMEIRO - 40H	17
1000	DAIANE ESTÉFANE MARIA FERREIRA	28/01/1999	309	ENFERMEIRO - 40H	18
741	LILIAN DE OLIVEIRA QUEIROZ GRACIE	19/03/1985	309	ENFERMEIRO - 40H	19
837	RITA CÁSSIA LOPES	16/07/1987	309	ENFERMEIRO - 40H	20
161	TAIS APARECIDA DA SILVA	29/02/1988	309	ENFERMEIRO - 40H	21



CNPJ: 18.602.037/0001-55 – INSC. EST. ISENTO

1438	MARIA EDUARDA COSTA PINHEIRO	11/07/1999	309	ENFERMEIRO - 40H	22
1165	ISABELLA ARAUJO VARGAS	17/10/2001	309	ENFERMEIRO - 40H	23
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1911	RAIANNE APARECIDA RIBEIRO FERREIRA	21/02/1994	311	FARMACÊUTICO - BIOQUÍMICO	5
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1498	RAFAELA PAULA ARAÚJO	07/04/1995	313	FISIOTERAPEUTA	4
2492	ELIONAY CRISTINA ROSA SILVA	28/05/1997	313	FISIOTERAPEUTA	5
1653	THAINY DE FÁTIMA BRITO BARBOSA	07/10/2001	313	FISIOTERAPEUTA	6
1077	GUILHERME SILVA DE CASTRO	26/10/2001	313	FISIOTERAPEUTA	8
1351	GABRIELA CAIXETA BENFICA	21/12/2000	313	FISIOTERAPEUTA	9
1091	MATHEUS FELIPE DA SILVA LOURENÇO	13/04/2001	313	FISIOTERAPEUTA	10
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
699	SAMARA ELISY MIRANDA MATOS	13/01/1997	317	MÉDICO PSF	10
266	JOÃO CARLOS CASSIMIRO	12/06/1982	317	MÉDICO PSF	11
1	ADRIANO MISKULIN NOGUEIRA	06/08/1990	317	MÉDICO PSF	12
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1826	CRISTIENE DARA SOUSA MORAIS	16/06/1996	318	NUTRICIONISTA	4
INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1693	LAURO RENATO RAMOS ANDRADE	13/11/1989	312	FISCAL MUNICIPAL - ENSINO SUPERIOR	3
2352	RAFAELLA VELOSO DE MELLO LOPES	05/12/1990	312	FISCAL MUNICIPAL - ENSINO SUPERIOR	4



ANEXO II – DOCUMENTAÇÃO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATAÇÃO

- **E-social completamente preenchido e assinado (modelo abaixo)**
- **Certidão de Nascimento ou Casamento**
- **CTPS (Carteira de Trabalho)**
- **Inscrição no PIS/PASEP**
- **RG (Carteira de Identidade)**
- **CPF**
- **Título de Eleitor**
- **1 (uma) foto 3x4 recentes, com fundo branco**
- **Comprovante de Última Votação ou Certidão de Quitação Eleitoral**
- **Comprovante de Escolaridade conforme exigido para o cargo**
- **Registro no órgão de classe (ex.: CRC, CRQ, OAB, etc.)**
- **Comprovante de Endereço Atualizado**
- **Comprovante de Boas Condutas (Polícia Civil)**
- **CNH (Carteira Nacional de Habilitação)**
- **Atestado Admissional**
- **Tipo Sanguíneo**
- Para o **Cargo de Motorista** (qualquer tipo de motorista):
 - **Exame Toxicológico dentro do prazo de 90 dias a partir da data feita pelo exame**
 - **CNH categoria D (Carteira Nacional de Habilitação)**
- Para o **Sexo Masculino**:
 - **Certidão de Reservista ou Dispensa de Incorporação**

Contatos:

- Telefone Celular: () _____
- Telefone Fixo: () _____
- E-mail: _____

Aviso de Privacidade

A Prefeitura Municipal de São Gotardo, por meio do seu Departamento de Recursos Humanos, informa que os dados pessoais coletados neste formulário serão utilizados exclusivamente para fins de cadastro e gestão de recursos humanos, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

o Ciente

São Gotardo/MG ____ de _____ de 2025

Assinatura



CNPJ: 18.602.037/0001-55 – INSC. EST. ISENTO



FORMULÁRIO DE CADASTRO DE TRABALHADOR PARA O e – Social

Este formulário tem como objetivo a atualização do cadastro da folha de pagamento conforme **exigência do e-Social**. O e-Social é um programa do governo federal obrigatório, para envio de informações e obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias. Por isso, **o correto preenchimento** de todos os campos deste formulário é de crucial importância.

Deste modo solicitamos o preenchimento abaixo com atenção e sem rasuras. (FAVOR LER COM ATENÇÃO TODOS OS CAMPOS)

DADOS DO TRABALHADOR (o nome deve ser preenchido idêntico ao CPF, cadastro da Receita Federal):
Nome: _____
CPF: _____ nº PIS/PASEP: _____ Nacionalidade: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: ____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros
Sexo: () Masculino () Feminino
Raça e Cor: () Indígena () Branca () Negra () Amarela de origem japonesa, coreana etc. () Parda (parda ou declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça)
Tipo Sanguíneo: _____

DADOS COMPLEMENTARES DO TRABALHADOR:
Endereço: _____
Número _____ Complemento: _____ Bairro _____
Cidade: _____ CEP: _____
Residência própria: () Sim () Não
Comprada com recursos do FGTS: () Sim () Não

INFORMAÇÕES DE CONTATO DO TRABALHADOR:
Telefone: Fixo () _____ Celular 1 () _____ Celular 2 () _____
e-mail 1: _____ e-mail 2: _____
Secretaria: _____ Local de trabalho: _____



CNPJ: 18.602.037/0001-55 – INSC. EST. ISENTO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR:

Nº da CTPS: _____ Série: _____ UF: _____ Data Emissão: ____/____/____

Nº do RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Órgão Expedidor: _____

Nº da CNH: _____ Categoria: _____ Emissão: ____/____/____ Validade: ____/____/____

Nº do Título de Eleitor: _____ Seção: _____ Zona: _____

Nº do Certificado de Reservista: _____ Série: _____ Dispensa: ____/____/____

Conselho de Classe (cargo de nível superior): _____

nº do Registro: _____ Data de Validade: ____/____/____

ESCOLARIDADE DO TRABALHADOR:

() **01** – Analfabeto

() **02** – Até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter frequentado escola regular

() **03** – 4ª série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)

() **04** – Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)

() **05** – Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio)

() **06** – Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)

() **07** – Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial)

() **08** – Educação Superior incompleta

() **09** – Educação Superior completa

() **10** – Pós Graduação

() **11** – Mestrado

() **12** – Doutorado

Possui algum curso técnico ou especialização? () Sim () não

Se sim, qual? _____

TRABALHADOR ESTRANGEIRO

Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro: ____/____/____

Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado: ____/____/____

Condição de casado com brasileiros em caso de trabalhador estrangeiro: () Sim () Não



CNPJ: 18.602.037/0001-55 – INSC. EST. ISENTO

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Deficiência motora: () Sim () Não

Deficiência visual: () Sim () Não

Deficiência auditiva: () Sim () Não

Reabilitado: () Sim () Não

Observações: _____

DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA: (ANEXAR CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CPF DE TODOS OS DEPENDENTES)

Tipo	Nome	CPF*	Dt.Nascimento	Estudante (S/N)

*O CPF deverá ser informado independente da idade.

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA: (ANEXAR COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE, CARTÃO DE VACINA, CERTIDÃO DE NASCIMENTO E FORMULÁRIO PARA SALÁRIO FAMÍLIA DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO).

Tipo	Nome	CPF	Dt.Nascimento	Estudante (S/N)



OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS / TRABALHISTAS
Possui outro emprego (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não - Se sim, favor preencher os dados do emprego abaixo.
Local: _____
CNPJ: _____ Remuneração mensal: _____
Comentários: _____
Local: _____
CNPJ: _____ Remuneração mensal: _____
Comentários: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fieis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos e são da minha inteira responsabilidade.

Declaro que estou ciente de que se houver qualquer alteração dos dados ou informações constantes neste formulário, os mesmos deverão ser informados junto ao Departamento de Recursos Humanos.

Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

_____, de _____ de _____

Assinatura do Trabalhador