



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CONCURSO PÚBLICO | PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

6ª Convocação do CADASTRO DE RESERVA PARA PROVIMENTO TEMPORÁRIO

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO/MG**, torna público a Sexta 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:**

⇒ Técnico em Radiologia

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 agosto de 2025**, de 12:30hs às 17:00hs, 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, 06 de Agosto de 2025

MAKOTO EDISON SEKITA
Prefeito Municipal



ANEXO I CADASTRO DE RESERVA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA

INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CÓDIGO DO CARGO	CARGO	CLASSIFICAÇÃO AMPLA CONCORRÊNCIA
1139	PEDRO AUGUSTO MEIRELES ALVES	04/12/1995	208	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	10



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 Adminissional**
- **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 freqüentado 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 (☐) Sim (☐) 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