



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT**

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015**  
**Edital de Convocação nº. 046, de 30 de junho de 2017.**

**GETULIO GONÇALVES VIANA, PREFEITO MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o que determina o Artigo 37, item II da Constituição Federal, artigo 45 da Lei Municipal nº 679/2001.

**Resolve,**

1. **Convocar** os candidatos relacionados no quadro “1”, classificados no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecerem no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação deste edital, na Coordenadoria de Recursos Humanos desta Prefeitura, à Rua Maringá, 444, Centro, nesta Cidade, no horário das 07:00h às 10:30h e das 13:00h às 16:30h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.
  - 1.1. Os candidatos deverão apresentar os documentos constante do Anexo I;
  - 1.2. Para realização da perícia médica, em cumprimento da exigência do item 17, do Anexo I, o candidato deverá estar de posse dos resultados dos exames médicos constante do Anexo II, conforme exigência do cargo, agendando data e horário para a realização da perícia médica, através do telefone (66) 3498-1727;
2. O não comparecimento do candidato no prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação do presente edital e a não apresentação da documentação prevista acima, implicará no reconhecimento da **DESISTÊNCIA E RENÚNCIA** quanto ao preenchimento do cargo para o qual foi aprovada, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

**Quadro 1**

<b>AUXILIAR EDUCACIONAL</b>	
<b>INSC.</b>	<b>NOME</b>
552454	MARIA BENEDITA DE FIGUEIREDO BRANDAO
553370	NELINANCIA PEREIRA PINTO
<b>PROFESSOR DE ARTES</b>	
<b>INSC.</b>	<b>NOME</b>
544606	EURIPEDES NORBERTA DA SILVA
540393	ANDRE FRANCISCO SONTAK DE MORAIS
<b>TECNICO DE ENFERMAGEM</b>	
<b>INSC.</b>	<b>NOME</b>
549023	LAUDINELIA VIEIRA BATISTA MATOS
546448	CRISTINA LOPES VIEIRA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT**

536594	NEILA LUZIA RIBEIRO DE CAMPOS
518802	ITAMAR MOREIRA GOMES

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 30 de junho de 2017.

**GE TULIO GONÇALVES VIANA**

**PREFEITO MUNICIPAL**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO I

**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEACÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cédula de Identidade ou carteira de Identidade Profissional, se for o caso; *</li><li>2. CPF; *</li><li>3. 2 fotos 3x4 recente;</li><li>4. Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso na área de atuação exigida no Edital, reconhecido pelo MEC; *</li><li>5. Carteira de Trabalho (página de identificação do trabalhador frente e verso);</li><li>6. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP;</li><li>7. Certidão de nascimento ou casamento ou averbação, se houver; *</li><li>8. Título de Eleitor e comprovante de votação da última eleição; *</li><li>9. Certificado de Reservista, de isenção ou de dispensa do Serviço Militar (se do sexo masculino);*</li><li>10. Comprovante de endereço atualizado;</li><li>11. CPF do cônjuge;</li><li>12. CPF do pai e da mãe;</li><li>13. CPF dos filhos maiores de 18 anos;</li><li>14. Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 anos;</li><li>15. Carteira de vacinação para filhos menores de 14 anos;</li><li>16. Comprovante de conta bancária, no banco HSBC, que administra a folha de salários;</li><li>17. Atestado de Sanidade e Capacidade Física APTO (original) expedido pela Junta de Perícias Médicas do Município;</li><li>18. Exames Médicos, conforme Anexo II;</li><li>19. Declaração de não acúmulo de cargo - Anexo III;</li><li>20. Declaração de que não foi demitido por justa causa – Anexo IV;</li><li>21. Declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e de seus dependentes – Anexo V;</li><li>22. Questionário para avaliação da capacidade de saúde física e mental – Anexo VI;</li><li>23. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Estadual dos lugares que residiu nos últimos 05 anos;</li><li>24. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Federal dos lugares que residiu nos últimos 05 anos;</li><li>25. Outros que estiverem presentes no edital do Concurso.</li></ol>
<b>II – Para os cargos com profissão regulamentada</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Documentos do item I;</b></li><li>2. Carteira de Identidade Profissional* ou Certidão comprobatória de registro no respectivo Conselho de Classe;</li><li>3. Declaração de não estar cumprindo penalidade imposta após regular processo administrativo, que o impeça, ainda que temporariamente, de exercer a profissão;</li><li>4. Certidão de quitação com as demais obrigações legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.</li></ol>
<b>III – Para os cargos de médico especialista</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Documentos do item I;</b></li><li>2. <b>Documentos do Item II;</b></li><li>3. Documento comprobatório de registro no Conselho de Classe na respectiva especialidade.</li></ol>
<b>IV – Para os cargos de Motorista, operador de Maquinas e os que exigem porte de CNH</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Documentos constantes do item I;</b></li><li>2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li><li>3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li></ol>

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT**

**ANEXO II**

**DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hemograma completo;</li><li>2. Tipagem sanguínea;</li><li>3. Glicemia (em jejum);</li><li>4. Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau);</li><li>5. Raios-X do tórax PA (com laudo)</li><li>6. Colpocitologia oncótica (mulheres acima dos 35 anos de idade);</li><li>7. Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI</li></ol>
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames atestados no item I;</li><li>2. Eletroencefalograma com avaliação neurológica;</li><li>3. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li><li>4. Audiometria total.</li></ol>
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames atestados no item I;</li><li>2. Coprocultura;</li><li>3. VDRL;</li><li>4. Protoparasitologia;</li><li>5. Urina tipo I</li></ol>
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames atestados no item I;</li><li>2. Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.</li></ol>
<b>V – Para os cargos de professor</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames atestados no item I;</li><li>2. Exame otorrinolaringológico de cordas vocais;</li><li>3. Audiometria (com laudo fonoaudiológico);</li><li>4. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li><li>5. EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico):</li></ol>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGOS  
E QUE NÃO RECEBE PROVENTOS DE APOSENTADORIA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_, e do CPF sob o n° \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO ESTÁ em disponibilidade, em licença para tratar de interesse particular, nem OCUPA NENHUM** cargo, função ou emprego público junto à Administração Pública Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, de conformidade com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal de 1988.

**DECLARA**, outrossim, **QUE NÃO PERCEBE** proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da CF/88, que seja **inacumulável** com a carreira em que tomará posse.

**DECLARA**, mais, estar ciente de que deve comunicar à Prefeitura Municipal de Primavera do Leste qualquer alteração que venha a ocorrer em sua vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de responder processo administrativo disciplinar previsto na Lei Municipal n° 679 de 25 de setembro de 2001.

**DECLARA**, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando-se às penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

**DECLARA**, por fim, que toma ciência de toda a legislação supra referida.

Primavera do Leste - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO FOI DEDITO POR JUSTA CAUSA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_, e do CPF sob o n° \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO FUI**, demitido(a) por justa causa em decorrência de processo administrativo ou criminal do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, da administração direta ou indireta, e que não me encontro respondendo a nenhum processo dessa natureza.

**DECLARO** ainda, ter ciência de que a não veracidade da informação prestada poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as conseqüências previstas em lei.

Primavera do Leste, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO VI

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO  
DA CAPACIDADE DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL**

Senhor(a) Candidato(a)

Esta declaração é pessoal e deve corresponder com a realidade fática. Esse documento é sigiloso e permanecerá em seus assentos funcionais. Em caso de informações falsas será apurada em data oportuna, através de instrumento próprio, sem prejuízo de responsabilização cível e criminal.

Nome:		
Idade:	Sexo: ( ) F ( ) M	Cargo:
RG:	CPF:	

Responda as perguntas abaixo:

1) Você tem apresentado ou já apresentou alterações de saúde?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, descrevê-las (quando, como, por que, etc.):

---

2) Quando você procurou atendimento médico (clínico geral ou especialista) para verificar os sintomas?

( ) Nunca ( ) Nos últimos 2 anos ( ) Nos últimos 5 anos ( ) Não sei

3) Está em uso de medicamentos nos últimos 30 dias? ( ) sim ( ) não

Se sim, descrever: quais medicações, quando começou a tomar, por quanto tempo deverá fazer uso, se o medicamento é continuado.

---

4) Faz tratamento de saúde fora do domicílio? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, citar o Município e Estado:

---

5) Você já foi internado em hospital? ( ) Sim ( ) Não

Quando e porque? \_\_\_\_\_

6) Você apresenta deficiência auditiva ou visual?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei ( ) As vezes

Qual? \_\_\_\_\_

7) Você apresenta algum defeito físico?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Qual? \_\_\_\_\_

8) Você já se envolveu em acidentes?

( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

9) Você apresenta alguma doença que necessita acompanhamento ambulatorial como Diabetes, insuficiência renal, hemofilia, problemas cardíacos, batedeira, cansaço fácil, problemas neurológicos, etc?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Qual? \_\_\_\_\_





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT**

10) Você já teve “Desmaios”, “Ataques”, “Crises Convulsivas”, “Tonturas”, “Sonolência Diurna”, “Insônia”?

Sim                       Não                       Não sei

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

11) Você tem apresentado ou já apresentou alterações emocionais e/ou de comportamento?

sim                       não                      Se sim, descrevê-las (quando, como, por que, etc.):

\_\_\_\_\_

12) Você já necessitou ou faz algum tratamento psiquiátrico?

Sim                       Não                       Não sei

Qual, quando e por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13) Está em uso ou já fez uso de medicações psicotrópicas (antidepressivos, benzodiazepínicos, barbitúricos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, etc., nos últimos 30 dias?  sim                       não ,

Se sim, descrever (quais medicações, quando, por quanto tempo, etc.):

\_\_\_\_\_

14) Faz uso de álcool e/ou Substâncias Entorpecentes?  sim                       não. Em caso afirmativo para a pergunta acima descrever a forma de uso (idade de início, quantidade e frequência de uso, prejuízos pessoais, etc.):

\_\_\_\_\_

15) Você (**Caso não se encaixar em nenhuma situação, NÃO MARCAR**):

tem dificuldade de esperar.

age muitas vezes antes de raciocinar.

é explosivo(a).

come, compra e/ou joga sem muito controle.

fica muito tenso, está o tempo todo tenso, com “os nervos à flor da pele”,

não consegue organizar seus afazeres devido ao nervosismo, etc.

passa mal diante de desafios,

entristece com facilidade e tem dificuldades em reverter à tristeza.

acha que os outros são melhores ou fazem as coisas sempre melhor do que você.

prefere ficar mais sozinho(a).

prefere fazer atividades mais solitárias.

sente-se ansioso(a) diante de pessoas principalmente se não as conhece ou conhece pouco.

16) Outras anotações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ declaro sob pena de responsabilidade que as informações neste documento expressam a verdade.

Primavera do Leste, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Declarante