



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 01/2014

AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS E AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Edital de Convocação ACE/ACS nº. 012, de 25 de Março de 2015.

ERICO PIANA PINTO PEREIRA, 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, da Constituição Federal, Lei Municipal nº 1.309 de 12 de Julho de 2012, Lei Municipal nº 704 de 20 de Dezembro de 2001 e suas alterações, com base no Plano Municipal de Saúde em cumprimento a Lei nº 11.350 de 05 de Outubro de 2006.

Resolve,

1. **Convocar** os candidatos relacionados no quadro “1”, classificados no Processo Seletivo Público 01/2014, de acordo com a ordem de classificação dos Editais de Homologação nº 01.19/2014 e nº 01.20/2014, 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 07:00 às 13:00h, 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 14, 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

AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE – ESF II
QUETLELIN DE OLIVEIRA ANDRADE

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL

Em 25 de Março de 2015.

ERICO PIANA PINTO PEREIRA

PREFEITO MUNICIPAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO I

DOS DOCUMENTOS PARA NOMEACÃO E POSSE

ACS E ACE	<ol style="list-style-type: none">1. 2 fotos 3x4 recente;2. Fotocópia da Cédula de Identidade;*3. Fotocópia do CPF; *4. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP;5. Fotocópia da Certidão de nascimento ou casamento ou averbação, se houver; *6. Comprovante de escolaridade/pré-requisitos exigidos para o cargo;*7. Comprovante de endereço atualizado;8. Fotocópia do Título de Eleitor; *9. Comprovante de votação da última eleição;10. Fotocópia do Certificado de Reservista, de isenção ou de dispensa do Serviço Militar (se do sexo masculino);*11. Fotocópia da Carteira de Trabalho (página de identificação do trabalhador frente e verso);12. Fotocópia da Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 anos e carteira de vacina dos filhos até 5 anos de idade;13. Fotocópia do CPF do cônjuge e filhos dependentes maiores de 18 anos;14. Fotocópia do CPF dos pais;15. Exames Médicos, conforme Anexo II;16. Declaração negativa de acumulação de cargo público - Anexo III;17. Declaração de que não foi demitido por justa causa – Anexo IV;18. Declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e de seus dependentes – Anexo V;19. Questionário para avaliação da capacidade de saúde física e mental – Anexo VI;20. Declaração de não estar cumprindo sanção por inidoneidade, aplicada por qualquer órgão público e/ou entidade da esfera federal, estadual e/ou municipal (declarado pelo próprio candidato e com firma reconhecida)21. Comprovante de abertura de conta , em agência bancária na qual a Prefeitura de Primavera do Leste – MT mantém convênio para recebimento de créditos salariais;22. Atestado de Sanidade e Capacidade Física APTO (original) expedido pela Junta de Perícias Médicas do Município;23. Certidão negativa de antecedentes criminais;24. Outros que estiverem presentes no edital do Processo Seletivo Público.
------------------	---

* Documentos deverão ser autenticados em cartório.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT
ANEXO II

DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEACÃO E POSSE

I – Para o cargo ACS	<ol style="list-style-type: none">1. Hemograma completo;2. Tipagem sanguínea;3. Ácido Úrico;4. Glicemia;5. Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau);6. Raios-X do tórax PA (com laudo);7. Avaliação Postural e Raio X do Tórax PA, onde se detecta erros posturais e encurtamento muscular, que possam interferir no desempenho do trabalho a ser executado;8. Colpocitologia oncológica (mulheres acima dos 35 anos de idade);9. Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI.
II – Para o cargo ACE	<ol style="list-style-type: none">1. Hemograma completo;2. Tipagem sanguínea;3. Ácido Úrico;4. Glicemia;5. Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau);6. Raios-X do tórax PA (com laudo);7. Avaliação Postural e Raio X do Tórax PA, onde se detecta erros posturais e encurtamento muscular, que possam interferir no desempenho do trabalho a ser executado;8. Colpocitologia oncológica (mulheres acima dos 35 anos de idade);9. Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI;10. Colinesterase Sanguínea.



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 DEMITIDO POR JUSTA CAUSA

Eu, _____, abaixo assinado, portador(a) do RG nº _____, e do CPF sob o nº _____, **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