

# Diário Oficial



DIOPRIMA - Diário Oficial de Primavera do Leste - MT • Primavera do Leste - MT, 14 de Outubro de 2019 • Edição 1561 • Ano XIII • Lei nº 946 de 21 de setembro de 2006.

## PODER EXECUTIVO

### LEIS

LEI Nº 1.826 DE 11 DE OUTUBRO DE 2019.

“Estabelece Nova Tabela de Remuneração para o Cargo de Almojarife e dá outras providências”.

A CÂMARA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO, APROVOU, E EU PREFEITO MUNICIPAL, SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Artigo 1º - Ao cargo de Almojarife, passam a ser aplicados os padrões e valores de vencimentos previstos no Anexo I da presente Lei.

Artigo 2º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL  
Em 11 de outubro de 2019  
LEONARDO TADEU BORTOLIN  
PREFEITO MUNICIPAL

ELO.

#### ANEXO I

##### NÍVEL, CARGO, SÍMBOLO INICIAL E FINAL DE VENCIMENTOS DOS CARGOS EFETIVOS

Nível	Cargo	Símbolo Inicial	Símbolo Final
IX	Almojarife	A	J

#### ANEXO II

##### DESPESA COM PESSOAL IMPACTO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRO 2019/2021 (Inciso I, Art.16, LC 101/2000)

I – Estimativa do Impacto Orçamentário-Financeiro no Exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes (com a metodologia e as premissas de cálculo):

##### a) Demonstrativo do Impacto Financeiro sobre a Folha de Pagamento Atual:

Descrição	Qtd.	Reajuste Total Mês	Previdência Mês (3)	Total Mês	Impacto Ano (4)
Almojarife – Vagas Ocupadas (1)	09	2.269,98	393,13	2.662,91	35.496,54
Almojarife – Vagas Livres (2)	02	427,58	74,06	501,64	6.686,82
<b>TOTAL:</b>				<b>3.164,54</b>	<b>42.183,35</b>

\*1 – Para as vagas ocupadas foram considerados os valores conforme nível de progressão salarial;

\*2 – Para as vagas livres foram considerados nível inicial A;

\*3 - Os valores lançados na coluna “Impacto (Ano)” foram obtidos através da seguinte fórmula: Total Mês x 13,33; ou seja, doze meses, mais décimo terceiro e 1/3 de férias.

**b) Demonstrativo do Impacto sobre o Gasto com Pessoal:**

Descrição	2019	2020	2021
Receita Corrente Líquida 07/2018 à 06/2019	240.203.395,70	258.530.914,79	275.232.011,89
Despesas com Pessoal 07/2018 à 06/2019	114.042.960,19	118.148.506,76	122.520.001,50
Percentual de Gasto com Pessoal (*1)	47,48	45,70	44,51
Despesa Pessoal Projeto de Lei (*2)	13.702,46	44.737,95	46.393,25
Despesa Pessoal após Projeto de Lei (*3)	114.056.662,65	118.193.244,71	122.566.394,75
Perc. Gasto Pessoal após Projeto de Lei (*4)	47,48	45,72	44,53

\*1 – Representa o percentual da despesa de pessoal atualmente existente, considerando salários e obrigações patronais;

\*2 – Representa as despesas com o projeto de lei atual;

\*3 – Representa o montante das despesas com pessoal (salários e obrigações patronais) com o projeto de lei em questão. Para o exercício de 2020 foi considerado um incremento de 3,60% e para 2021 um incremento de 3,70%; considerando a inflação projetada para o País, conforme previsão do Banco Central do Brasil.

\*4 – Percentual de Gasto com Pessoal já considerado o impacto provocado com a inclusão de todas as despesas na folha de pagamento.

\*5 - Impacto calculado conforme evolução da RCL demonstrada na LDO; com incremento nas receitas de 7,63% para 2020 e 6,46% para 2021.

Primavera do Leste-MT, 08 de agosto de 2019.

**THIAGO CAMPOS RAMALHO**  
CONTADOR  
CRC MT 014620-O

### ANEXO III

#### DECLARAÇÃO (Inc. II, Art. 16, LC 101/2000)

O Prefeito do Município de Primavera do Leste-MT, nos termos da Estimativa do Impacto Orçamentário-Financeiro desta Lei, que demonstram a Receita Corrente Líquida (RCL) e Despesa com Pessoal, do exercício de 2019, e projetada para 2020 e 2021, emitida pela Coordenadoria de Contabilidade e Orçamento do Município, com os respectivos acréscimos das despesas provocadas por Leis aprovadas pela Câmara Municipal, com metodologia de cálculo e suas premissas, DECLARA, que o aumento tem adequação orçamentária (uma vez que a despesa possui dotações destinadas a seu fim) e financeira com a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) na medida em que não ocorrerão prejuízos às metas fiscais, devendo, caso necessário, realizar o contingenciamento de outras despesas.

O referido é verdade e dou fé.

Primavera do Leste-MT, 09 de setembro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
PREFEITO MUNICIPAL

## LEI Nº 1.827 DE 11 DE OUTUBRO DE 2019.

“Estabelece Nova Tabela de Remuneração para o Cargo de Técnico de Higiene Dental e dá outras providências”.

A CÂMARA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO, APROVOU, E EU PREFEITO MUNICIPAL, SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Artigo 1º - Ao cargo de Técnico de Higiene Dental, passam a ser aplicados os padrões e valores de vencimentos previstos no Anexo I da presente Lei.

Artigo 2º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL  
Em 11 de outubro de 2019  
LEONARDO TADEU BORTOLIN  
PREFEITO MUNICIPAL

ELO.

## ANEXO I

## NÍVEL, CARGO, SÍMBOLO INICIAL E FINAL DE VENCIMENTOS DOS CARGOS EFETIVOS

Nível	Cargo	Símbolo Inicial	Símbolo Final
XIV	Técnico de Higiene Dental	A	J

## ANEXO II

DESPESA COM PESSOAL IMPACTO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRO 2019/2021  
(Inciso I, Art.16, LC 101/2000)

I – Estimativa do Impacto Orçamentário-Financeiro no Exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes (com a metodologia e as premissas de cálculo):

## a) Demonstrativo do Impacto Financeiro sobre a Folha de Pagamento Atual:

Descrição	Qtd.	Reajuste Total Mês	Previdência Mês (3)	Total Mês	Impacto Ano (4)
Técnico em Higiene Dental – Vagas Ocupadas (1)	08	3.566,28	617,68	4.183,96	55.772,18
Técnico em Higiene Dental – Vagas Livres (2)	02	814,48	141,07	955,55	12.737,45
<b>TOTAL:</b>				<b>5.139,51</b>	<b>68.509,64</b>

\*1 – Para as vagas ocupadas foram considerados os valores conforme nível de progressão salarial;

\*2 – Para as vagas livres foram considerados nível inicial A;

\*3 - Os valores lançados na coluna “Impacto (Ano)” foram obtidos através da seguinte fórmula: Total Mês x 13,33; ou seja, doze meses, mais décimo terceiro e 1/3 de férias.

## b) Demonstrativo do Impacto sobre o Gasto com Pessoal:

Descrição	2019	2020	2021
Receita Corrente Líquida 07/2018 à 06/2019	240.203.395,70	258.530.914,79	275.232.011,89
Despesas com Pessoal 07/2018 à 06/2019	114.042.960,19	118.148.506,76	122.520.001,50
Percentual de Gasto com Pessoal (*1)	47,48	45,70	44,51
Despesa Pessoal Projeto de Lei (*2)	22.254,08	70.975,99	73.602,10
Despesa Pessoal após Projeto de Lei (*3)	114.065.214,27	118.219.482,75	122.593.603,60
Perc. Gasto Pessoal após Projeto de Lei (*4)	47,49	45,73	44,55

\*1 – Representa o percentual da despesa de pessoal atualmente existente, considerando salários e obrigações patronais;

\*2 – Representa as despesas com o projeto de lei atual;

\*3 – Representa o montante das despesas com pessoal (salários e obrigações patronais) com o projeto de lei em questão. Para o exercício de 2020 foi considerado um incremento de 3,60% e para 2021 um incremento de 3,70%; considerando a inflação projetada para o País, conforme previsão do Banco Central do Brasil.

\*4 – Percentual de Gasto com Pessoal já considerado o impacto provocado com a inclusão de todas as despesas na folha de pagamento.

\*5 - Impacto calculado conforme evolução da RCL demonstrada na LDO; com incremento nas receitas de 7,63% para 2020 e 6,46% para 2021.

Primavera do Leste-MT, 08 de agosto de 2019.

**THIAGO CAMPOS RAMALHO**  
CONTADOR  
CRC MT 014620-O

### ANEXO III

#### DECLARAÇÃO (Inc. II, Art. 16, LC 101/2000)

O Prefeito do Município de Primavera do Leste-MT, nos termos da Estimativa do Impacto Orçamentário-Financeiro desta Lei, que demonstram a Receita Corrente Líquida (RCL) e Despesa com Pessoal, do exercício de 2019, e projetada para 2020 e 2021, emitida pela Coordenadoria de Contabilidade e Orçamento do Município, com os respectivos acréscimos das despesas provocadas por Leis aprovadas pela Câmara Municipal, com metodologia de cálculo e suas premissas, DECLARA, que o aumento tem adequação orçamentária (uma vez que a despesa possui dotações destinadas a seu fim) e financeira com a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) na medida em que não ocorrerão prejuízos às metas fiscais, devendo, caso necessário, realizar o contingenciamento de outras despesas.

O referido é verdade e dou fé.

Primavera do Leste-MT, 09 de setembro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
PREFEITO MUNICIPAL

---

---

LEI Nº 1.828 DE 11 DE OUTUBRO DE 2019.

“Autoriza a Doação de Bens ao Município de Poxoréu e dá outras providências”.

A CÂMARA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO, APROVOU, E EU PREFEITO MUNICIPAL, SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Artigo 1º. Fica o Município de Primavera do Leste autorizado a realizar a doação ao Município de Poxoréu de 50 (cinquenta) braços de luminária de 1 (um) metro comprimento com iluminação metálica.

Parágrafo único: Os bens doados deverão ser utilizados para iluminação de vias nas comunidades denominadas Nova Poxoréu, Vale Verde, Buritis, São Benedito, Bela Vista, Furnas da Tamil e/ou Furnas do CTG, localizadas em áreas limítrofes aos dois Municípios, sob pena de reversão dos bens ao patrimônio do Município de Primavera do Leste.

Artigo 2º. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL  
Em 11 de outubro de 2019  
LEONARDO TADEU BORTOLIN  
PREFEITO MUNICIPAL

ELO.

## LEI Nº 1.829 DE 11 DE OUTUBRO DE 2019.

“Trata de Aumento de Vagas de Cargos do Poder Executivo e dá outras providências”.

A CÂMARA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO, APROVOU, E EU PREFEITO MUNICIPAL, SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Artigo 1º. O quadro geral de cargos efetivos do Poder Executivo será acrescido das seguintes vagas:

I – Arquiteto – 01 (uma) vaga;

II – Psicólogo – 01 (uma) vaga;

III – Técnico em Imobilização Ortopédica – 01 (uma) vaga;

IV – Técnico em Meio Ambiente – 01 (uma) vaga;

V – Técnico em Radiologia – 02 (duas) vagas;

VI - Procurador Municipal – 01 (uma) vaga.

Artigo 2º. Fica substituído o Anexo I da Lei Municipal nº 704 de 20 de dezembro de 2001, que passa a vigorar com a redação do Anexo III desta Lei.

Artigo 3º. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL  
Em 11 de outubro de 2019  
LEONARDO TADEU BORTOLIN  
PREFEITO MUNICIPAL

ELO.

## ANEXO I

**DESPESA COM PESSOAL IMPACTO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRO 2019/2021**  
(Inciso I, Art.16, LC 101/2000)

I – Estimativa do Impacto Orçamentário-Financeiro no Exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes (com a metodologia e as premissas de cálculo):

**a) Demonstrativo do Impacto Financeiro sobre a Folha de Pagamento Atual:**

CARGOS DE CARREIRA					
Descrição	Qtd.	Salário Total Mês	Previdência Total Mês	Total Mês	Impacto Ano
Ampliação Vagas Arquiteto	01	6.350,17	1.099,85	7.450,02	99.308,76
Ampliação Vagas Psicólogo	01	4.195,07	726,59	4.921,66	65.605,68
Ampliação Vagas Técnico em Imobilização Ortopédica	01	2.104,26	364,46	2.468,72	32.908,01
Ampliação Vagas Técnico em Meio Ambiente	01	3.556,96	616,07	4.173,03	55.626,43
Ampliação Vagas Técnico em Radiologia	02	5.077,50	879,42	5.956,92	79.405,78
<b>TOTAL GERAL:</b>				<b>24.970,34</b>	<b>332.854,66</b>

\*1 – Os valores lançados na coluna “Impacto (Ano)” foram obtidos através da seguinte fórmula: Total Mês x 13,33; ou seja, doze meses + décimo terceiro + 1/3 de férias.

**b) Demonstrativo do Impacto sobre o Gasto com Pessoal:**

Descrição	2019	2020	2021
Receita Corrente Líquida 09/2018 à 08/2019	242.016.337,80	260.482.184,37	277.309.333,48
Despesas com Pessoal 09/2018 à 08/2019	116.537.275,36	120.732.617,27	125.199.724,11
Percentual de Gasto com Pessoal (*1)	48,15	46,35	45,15
Despesa Pessoal Projeto de Lei (*2)	83.151,23	344.837,43	357.596,41
Despesa Pessoal após Projeto de Lei (*3)	116.620.426,59	121.077.454,70	125.557.320,52
Perc. Gasto Pessoal após Projeto de Lei (*4)	48,19	46,48	45,28

- \*1 – Representa o percentual da despesa de pessoal atualmente existente, considerando salários e obrigações patronais;  
 \*2 – Representa as despesas com o projeto de lei atual. Para 2019, o valor é proporcional ao término do exercício corrente, a partir de outubro de 2019, considerando a projeção de conclusão de todas as fases do concurso público e nomeação dos aprovados;  
 \*3 – Representa o montante das despesas com pessoal (salários e obrigações patronais) com o projeto de lei em questão. Para o exercício de 2020 foi considerado um incremento de 3,60% e para 2021 um incremento de 3,70%; considerando a inflação projetada para o País, conforme previsão do Banco Central do Brasil.  
 \*4 – Percentual de Gasto com Pessoal já considerado o impacto provocado com a inclusão de todas as despesas na folha de pagamento.  
 \*5 – Impacto calculado conforme evolução da RCL demonstrada na LDO; com incremento nas receitas de 7,63% para 2020 e 6,46% para 2021.

Primavera do Leste-MT, 03 de outubro de 2019.

**THIAGO CAMPOS RAMALHO**  
 CONTADOR  
 CRC MT 014620-O

**DESPESA COM PESSOAL IMPACTO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRO 2019/2021**  
**(Inciso I, Art.16, LC 101/2000)**

I – Estimativa do Impacto Orçamentário-Financeiro no Exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes (com a metodologia e as premissas de cálculo):

**a) Demonstrativo do Impacto Financeiro sobre a Folha de Pagamento Atual:**

<b>CARGOS DE CARREIRA</b>					
<b>Descrição</b>	<b>Qtd.</b>	<b>Salário Total Mês</b>	<b>Previdência Total Mês</b>	<b>Total Mês</b>	<b>Impacto Ano</b>
Ampliação Vaga Procurador Municipal	01	9.584,75	1.660,08	11.244,83	149.893,57
<b>TOTAL:</b>				<b>11.244,83</b>	<b>149.893,57</b>

\*1 – Os valores lançados na coluna “Impacto (Ano)” foram obtidos através da seguinte fórmula: Total Mês x 13,33; ou seja, doze meses, mais décimo terceiro e 1/3 de férias.

**b) Demonstrativo do Impacto sobre o Gasto com Pessoal:**

<b>Descrição</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Receita Corrente Líquida 09/2018 à 08/2019	242.016.337,80	260.482.184,37	277.309.333,48
Despesas com Pessoal 09/2018 à 08/2019	116.537.275,36	120.732.617,27	125.199.724,11
Percentual de Gasto com Pessoal (*1)	48,15	46,35	45,15
Despesa Pessoal Projeto de Lei (*2)	37.445,28	155.289,74	161.035,46
Despesa Pessoal após Projeto de Lei (*3)	119.574.720,64	120.887.907,01	125.360.759,57
Perc. Gasto Pessoal após Projeto de Lei (*4)	48,17	46,41	45,21

- \*1 – Representa o percentual da despesa de pessoal atualmente existente, considerando salários e obrigações patronais;  
 \*2 – Representa as despesas com o projeto de lei atual;  
 \*3 – Representa o montante das despesas com pessoal (salários e obrigações patronais) com o projeto de lei em questão. Para o exercício de 2020 foi considerado um incremento de 3,60% e para 2021 um incremento de 3,70%; considerando a inflação projetada para o País, conforme previsão do Banco Central do Brasil.  
 \*4 – Percentual de Gasto com Pessoal já considerado o impacto provocado com a inclusão de todas as despesas na folha de pagamento.  
 \*5 – Impacto calculado conforme evolução da RCL demonstrada na LDO; com incremento nas receitas de 7,63% para 2020 e 6,46% para 2021.

Primavera do Leste-MT, 03 de outubro de 2019.

**THIAGO CAMPOS RAMALHO**  
 CONTADOR  
 CRC MT 014620-O

## ANEXO II

DECLARAÇÃO  
(Inc. II, Art. 16, LC 101/2000)

O Prefeito do Município de Primavera do Leste-MT, nos termos da Estimativa do Impacto Orçamentário-Financeiro desta Lei, que demonstram a Receita Corrente Líquida (RCL) e Despesa com Pessoal, do exercício de 2019, e projetada para 2020 e 2021, emitida pela Coordenadoria de Contabilidade e Orçamento do Município, com os respectivos acréscimos das despesas provocadas por Leis aprovadas pela Câmara Municipal, com metodologia de cálculo e suas premissas, DECLARA, que o aumento tem adequação orçamentária (uma vez que a despesa possui dotações destinadas a seu fim) e financeira com a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) na medida em que não ocorrerão prejuízos às metas fiscais, devendo, caso necessário, realizar o contingenciamento de outras despesas.

O referido é verdade e dou fé.

Primavera do Leste-MT, 03 de outubro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO III  
*ALTERA O ANEXO I DA LEI 704/2001*ANEXO I  
QUADRO GERAL DE CARGOS EFETIVOS

Denominação do Cargo	Quantidade	Escolaridade	Carga Horária Semanal
Agente Administrativo	095	Ensino Médio Completo	40 horas
Agente Administrativo - I	001	Ensino Médio Completo	40 horas
Agente Administrativo - II	001	Ensino Médio Completo	40 horas
Agente Administrativo da Saúde	043	Ensino Médio Completo	40 horas
Agente Comunitário da Saúde	145	Ensino Fundamental Completo	40 horas
Agente de Combate a Endemias	59	Ensino Fundamental Completo e aproveitamento em curso introdutório de formação inicial e continuada	40 horas
Agente de Trânsito	013	Ensino Médio Completo - CNH categoria A/B	40 horas
Agente Sanitário - EM EXTINÇÃO	005	Ensino Médio Completo	40 horas
Almoxarife	011	Ensino Médio Completo	40 horas
Analista de Licitação	001	Ensino Superior em Direito ou Administração	40 horas
Analista de Sistemas	001	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas
Arquiteto	005	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas
Assistente de Farmácia	008	Ensino Médio Completo	40 horas
Assistente Financeiro	010	Ensino Médio Completo	40 horas
Assistente Social	024	Superior Específico, com registro no Órgão fiscalizador	40 horas
Assistente Técnico	005	Técnico Nível Médio com registro no Órgão fiscalizador	40 horas
Auxiliar Administrativo - SAMU	001	Ensino Médio Completo	40 horas
Auxiliar Bibliotecário (a) Em extinção pela Lei 1531	003	Ensino Médio Completo	40 horas
Auxiliar de Consultório Dentário	018	Técnico de Nível Médio, com registro no órgão fiscalizador	40 horas
Auxiliar de Cozinha	028	Alfabetizado	40 horas
Auxiliar de Enfermagem - I (Em extinção pela Lei 813)	009	Ensino Médio Completo	40 horas
Auxiliar de Enfermagem (Em extinção pela Lei 1041)	009	Ensino Médio Completo	40 horas
Auxiliar de Laboratório - EM EXTINÇÃO	001	Ensino Médio Completo	40 horas

Auxiliar de Mecânica	004	Alfabetizado	40 horas	
Auxiliar de Serviços Gerais (Em extinção pela Lei 1406)	133	Alfabetizado	40 horas	
Auxiliar Educacional	153	Ensino Médio Completo	30 horas	
Bibliotecário	001	Ensino Superior em Biblioteconomia	40 horas	
Biólogo (a)	003	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Bioquímico (a)	009	Superior Específico, com registro Órgão fiscalizador.	40 horas	
Bioquímico (a) I	001	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	20 horas	
Borracheiro	003	Alfabetizado	40 horas	
Cirurgião Dentista 20 horas	013	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	20 horas	
Cirurgião Dentista 40 horas	015	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Cirurgião Dentista I – EM EXTINÇÃO	002	Superior Específico, com registro no Órgão Fiscalizador.	20 horas	
Confeccionador de Fraldas Descartáveis	001	Ensino Fundamental Completo	40 horas	
Contador	001	Superior Específico com registro no órgão fiscalizador	40 horas	
Contínuo (Em extinção pela Lei 1531)	001	Ensino Fundamental Completo	40 horas	
Controlador Interno	002	Curso Superior de Contabilidade ou Direito ou Administração	40 horas	
Coordenador da Merenda Escolar (Em extinção pela Lei 813)	001	Ensino Médio Completo	40 horas	
Coordenador de Processamento de Dados (Em extinção pela Lei 813)	001	Ensino Médio Completo	40 horas	
Coordenador de Tributação e Cadastro (Em extinção pela Lei 813)	001	Ensino Médio Completo	40 horas	
Coordenador Escolar (Em extinção pela Lei 813)	001	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Coveiro	003	Alfabetizado	40 horas	
Cozinheiro	011	Alfabetizado	40 horas	
Desenhista Técnico Predial	002	Ensino Médio Completo – Experiência	40 horas	
Eletricista	008	Ensino Fundamental Completo	40 horas	
Enfermeira(o) Intervencionista – SAMU	008	Nível Superior – Enfermagem, com registro no órgão fiscalizador	36 horas	
Enfermeiro(a) Padrão	042	Superior Específico, com registro Órgão fiscalizador.	40 horas	
Engenheiro Agrônomo	002	Superior Específico, com registro Órgão fiscalizador.	40 horas	
Engenheiro Ambiental	002	Superior Específico, com registro Órgão fiscalizador.	40 horas	
Engenheiro Civil	004	Superior Específico, com registro Órgão fiscalizador.	40 horas	
Engenheiro Eletricista	001	Superior Específico, com registro Órgão fiscalizador.	40 horas	
Entrevistador e Digitador do Cadastro Único (Em extinção pela Lei 1531)	004	Ensino Fundamental Completo e conhecimento de informática	40 horas	
Farmacêutico	012	Superior Específico com registro no órgão fiscalizador	40 horas	
Fiscal de Obras e Posturas	007	Ensino Médio completo, portador da CNH – Categoria A/B	40 horas	
Fiscal Sanitário	007	Ensino Médio Completo	40 horas	
Fiscal Tributário	010	Ensino Médio Completo	40 horas	
Fisioterapeuta	013	Superior Específico, com registro Órgão fiscalizador	40 horas	
Fonoaudiólogo (a)	007	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Gari – I (Em extinção pela Lei 813)	004	Alfabetizado	40 horas	
Gari (Em extinção pela Lei 1406)	010	Alfabetizado	40 horas	
Geólogo	002	Superior Específico com registro no órgão fiscalizador	40 horas	

Instrutor de Artesanato – EM EXTINÇÃO	004	Ensino Fundamental Completo – Conhecimentos Específicos	40 horas	
Instrutor de Dança – EM EXTINÇÃO	001	Ensino Médio Completo e Conhecimentos Específicos	40 horas	
Instrutor de Informática	013	Ensino Médio Completo e conhecimento de Informática	40 horas	
Instrutor de Música – EM EXTINÇÃO	001	Ensino Médio Completo e Conhecimentos Específicos	40 horas	
Intérprete de Libras	003	Ensino Médio Completo – Curso Específico	40 horas	
Lixeiro – I (Em extinção pela Lei 813)	005	Alfabetizado	40 horas	
Lixeiro (Em extinção pela Lei 1406)	008	Alfabetizado	40 horas	
Lubrificador	003	Alfabetizado	40 horas	
Maqueiro	001	Ensino Fundamental Completo	40 horas	
Mecânico	008	Alfabetizado	40 horas	
Médico 10 horas	004	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	10 horas	
Médico 20 horas	029	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	20 horas	
Médico 40 horas	029	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Médico (Em extinção pela Lei 1238)	003	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Médio Intervencionista – SAMU	008	Nível Superior – Medicina, com registro no órgão fiscalizador	36 horas	
Monitor Social	020	Ensino Médio Completo	40 horas	
Motorista	072	Alfabetizado	40 horas	
Motorista – I (Em extinção pela Lei 813)	023	Ensino Fundamental Completo	40 horas	
Nutricionista	009	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Operador de Máquinas	025	Ensino Fundamental Completo	40 horas	
Operador de Máquinas – I (Em extinção pela Lei 813)	012	Ensino Fundamental Completo	40 horas	
Padeiro	006	Ensino Fundamental Completo, mais conhecimento de panificação.	40 horas	
Pedreiro (Em extinção pela Lei 1238)	003	Alfabetizado	40 horas	
Procurador Municipal	003	Ensino Superior em Direito com registro junto a OAB	40 horas	
Professor (a)	538	Específico (LDB)	30 horas	
Professor (a) Infantil (Em extinção pela Lei 1031)	004	Ensino Médio - Magistério	40 horas	
Psicólogo	018	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Sanitarista	002	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Secretaria (o) Escolar	025	Ensino Médio Completo	30 horas	
Secretaria(o) – EM EXTINÇÃO	004	Ensino Médio Completo	40 horas	
Servente – EM EXTINÇÃO PELA LEI 1717	008	Alfabetizado	40 horas	
Servente – I (Em extinção pela Lei 813)	013	Alfabetizado	40 horas	
Serviços de Infraestrutura – EM EXTINÇÃO PELA LEI 1717	008	Alfabetizado	40 horas	
Supervisora Educacional	003	Superior Pedagogia	40 horas	
Técnico Agrícola	002	Ensino Médio Específico, com registro órgão Competente.	40 horas	
Técnico de Controle Interno	001	Curso Técnico em Contabilidade ou Administração	40 horas	
Técnico de Imobilização Ortopédica	004	Técnico Nível Médio Específico com registro no órgão competente	40 horas	
Técnico de Manutenção	002	Técnico Nível Médio, com conhecimentos específicos de equipamentos da Saúde	40 horas	
Técnico em Contabilidade (Em extinção pela Lei 1041)	001	Ensino Médio Específico, com registro órgão Competente.	40 horas	
Técnico em Enfermagem	086	Técnico de Nível Médio com registro no órgão competente	40 horas	

Técnico em Enfermagem – SAMU	015	Técnico de Nível Médio com registro no órgão competente	36 horas	
Técnico em Higiene Dental	010	Técnico de Nível Médio com registro no órgão competente	40 horas	
Técnico em Informática	010	Ensino Médio Completo	40 horas	
Técnico em Laboratório	008	Técnico de Nível Médio com registro no órgão competente	40 horas	
Técnico em Radiologia	012	Técnico de Nível Médio com registro no órgão competente	24 horas	
Técnico em Segurança do Trabalho	004	Técnico Nível Médio Específico com registro no órgão competente	40 horas	
Técnico Esportivo	010	Ensino Médio Completo	40 horas	
Técnico Meio Ambiente	005	Técnico de Nível Médio com registro no órgão competente	40 horas	
Telefonista	005	Ensino Fundamental Completo	30 horas	
Topógrafo	002	Curso Técnico em Topografia, com registro no órgão fiscalizador	40 horas	
Veterinário	002	Superior Específico, com registro Órgão Competente.	40 horas	
Vigia – EM EXTINÇÃO PELA LEI 1717	047	Alfabetizado	40 horas	



A bandeira de Primavera do Leste foi criada por **Iraci Ruaro Tagliani**, Engenheira Civil que venceu o concurso promovido pela Prefeitura Municipal em 24 de maio de 1987.

#### Simbologia:

- Imigrantes chegando na cidade de Primavera do Leste.
- Sol: Esperança, novos horizontes.
- Flor: Primavera.
- Soja: Produção, economia da cidade.
- Fundo amarelo ouro: Riqueza.
- Verde: esperança de um futuro melhor, agricultura.
- Branco: Paz.
- Princípio da cidade de Primavera do Leste, entroncamento rodoviário.
- Desenho da cidade.

## EDITAIS

### CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015 Edital de Convocação nº. 271, de 14 de outubro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**, 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.

Considerando o Ofício nº 558/2019 SECULT de lavra da Secretaria Municipal de Cultura, Turismo, Lazer e Juventude o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2015 para o cargo de MOTORISTA - Categoria “E”.

#### Resolve,

1. **Convocar** o candidato relacionado no quadro “1”, classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1. O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

#### Quadro 1

MOTORISTA - Categoria “E”.	
INSC.	NOME
551857	HEDER DOMINGOS DE BRITO

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
Em 14 de outubro de 2019.  
**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
PREFEITO MUNICIPAL

### ANEXO I DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE

#### I – Para todos os cargos

1. Cédula de Identidade ou carteira de Identidade Profissional, se for o caso; \*
2. CPF; \*
3. 2 fotos 3x4 recente;
4. Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso na área de atuação exigida no Edital, reconhecido pelo MEC; \*
5. Carteira de Trabalho (página de identificação do trabalhador frente e verso);
6. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP;
7. Certidão de nascimento ou casamento ou averbação, se houver; \*
8. Título de Eleitor e comprovante de votação da última eleição; \*
9. Certificado de Reservista, de isenção ou de dispensa do Serviço Militar (se do sexo masculino);\*
10. Comprovante de endereço atualizado;
11. CPF do cônjuge;
12. CPF do pai e da mãe;
13. CPF dos filhos dependentes;
14. Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 anos;
15. Carteira de vacinação para filhos menores de 14 anos;
16. Comprovante de conta bancária, no banco Bradesco, que administra a folha de salários;
17. Atestado de Sanidade e Capacidade Física APTO (original) expedido pela Junta de Perícias Médicas do Município;
18. Exames Médicos, conforme Anexo II;
19. Declaração de não acúmulo de cargo - Anexo III;
20. Declaração de que não foi demitido por justa causa – Anexo IV;
21. Declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e de seus dependentes – Anexo V;
22. Questionário para avaliação da capacidade de saúde física e mental – Anexo VI;
23. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Estadual dos lugares que residiu nos últimos 05 anos;
24. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Federal dos lugares que residiu nos últimos 05 anos;
25. Outros que estiverem presentes no edital do Concurso.

#### II – Para os cargos com profissão regulamentada

1. **Documentos do item I;**
2. Carteira de Identidade Profissional\* ou Certidão comprobatória de registro no respectivo Conselho de Classe;
3. Declaração de não estar cumprindo penalidade imposta após regular processo administrativo, que o impeça, ainda que temporariamente, de exercer a profissão;
4. Certidão de quitação com as demais obrigações legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.

#### III – Para os cargos de Motorista, operador de Máquinas e os que exigem porte de CNH

1. **Documentos constantes do item I;**
2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;\*
3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).

**ANEXO II**  
**DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	1.Hemograma completo; 2.Tipagem sanguínea; 3.Glicemia (em jejum); 4.Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau); 5.Raios-X do tórax PA (com laudo) 6.Colpocitologia oncótica (mulheres acima dos 35 anos de idade); 7.Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Eletroencefalograma com avaliação neurológica; 3.Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 4.Audiometria total.
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Coprocultura; 3.VDRL; 4.Protoparasitologia; 5.Urina tipo I
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.
<b>V – Para os cargos de professor</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Exame otorrinolaringológico de cordas vocais; 3. Audiometria (com laudo fonoaudiológico); 4. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 5. EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico):

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

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 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 nº 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

**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 FOI**, 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 consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**ANEXO V**  
**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

- a)  Não possuo bens e valores patrimoniais.  
b)  Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas na legislação vigente.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**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?
- 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

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015**  
**Edital de Convocação nº. 272, de 14 de outubro de 2019.**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN , 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.

Considerando o Ofício nº 244/2019 SAMA de lavra da Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2015 para o cargo de TÉCNICO EM MEIO AMBIENTE.

**Resolve,**

**1. Convocar** o candidato relacionado no quadro "1", classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1.O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

**Quadro 1**

TÉCNICO EM MEIO AMBIENTE	
INSC.	NOME
527743	VANESSA ROSA PORTELLA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
 Em 14 de outubro de 2019.  
**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
 PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**  
**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<p><b>I – Para todos os cargos</b></p>	<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 dependentes;</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 Bradesco, 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>
<p><b>II – Para os cargos com profissão regulamentada</b></p>	<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>
<p><b>III – Para os cargos de Motorista, operador de Máquinas e os que exigem porte de CNH</b></p>	<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>

**ANEXO II**  
**DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<p><b>I – Para todos os cargos</b></p>	<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>
<p><b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b></p>	<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>
<p><b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Coprocultura;</li> <li>3. VDRL;</li> <li>4. Protoperasitologia;</li> <li>5. Urina tipo I</li> </ol>
<p><b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b></p>	<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>
<p><b>V – Para os cargos de professor</b></p>	<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>

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

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 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 nº 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

## 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

## ANEXO V

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

- a) [ ] Não possuo bens e valores patrimoniais.  
b) [ ] Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as conseqüências previstas na legislação vigente.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

## 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?

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

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015**  
**Edital de Convocação nº. 273, de 14 de outubro de 2019.**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN , 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.

Considerando o Ofício nº 933/2019/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2015 para o cargo de TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA.

**Resolve,**

**1. Convocar** o candidato relacionado no quadro “1”, classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1.O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

**Quadro 1**

<b>TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA</b>	
<b>INSC.</b>	<b>NOME</b>
522507	JOSE CARLOS NUNES ARAGÃO

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
 Em 14 de outubro de 2019.  
**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
 PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**  
**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

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

**ANEXO II  
DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	1.Hemograma completo; 2.Tipagem sanguínea; 3.Glicemia (em jejum); 4.Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau); 5.Raios-X do tórax PA (com laudo) 6.Colpocitologia oncótica (mulheres acima dos 35 anos de idade); 7.Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Eletroencefalograma com avaliação neurológica; 3.Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 4.Audiometria total.
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Coproculutura; 3.VDRL; 4.Protoparasitologia; 5.Urina tipo I
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.
<b>V – Para os cargos de professor</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Exame otorrinolaringológico de cordas vocais; 3.Audiometria (com laudo fonoaudiológico); 4.Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 5.EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico);

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

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 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 nº 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

**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

**ANEXO V  
DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

- a)  Não possuo bens e valores patrimoniais.  
b)  Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as conseqüências previstas na legislação vigente.

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

Declarante

**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 civil 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?
- 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

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015**  
**Edital de Convocação nº. 274, de 14 de outubro de 2019.**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN, 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.

Considerando o Ofício nº 983/2019/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2015 para o cargo de TÉCNICO EM RADIOLOGIA.

**Resolve,**

**1. Convocar** o candidato relacionado no quadro "1", classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1 O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

**Quadro 1**

TÉCNICO EM RADIOLOGIA	
INSC.	NOME
533208	ARTHUR FELIX PINHEIRO PEREIRA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 14 de outubro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
 PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**  
**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

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

**ANEXO II**  
**DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

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

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

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 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 nº 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

## 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 consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

## ANEXO V

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

- a) [ ] Não possuo bens e valores patrimoniais.  
b) [ ] Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas na legislação vigente.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

## 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?

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

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015**  
**Edital de Convocação nº. 275, de 14 de outubro de 2019.**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**, 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.

Considerando o Ofício nº 704/2019 G.P. de lavra do Executivo Municipal o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2015 para o cargo de PROCURADOR MUNICIPAL.

**Resolve,**

**1. Convocar** o candidato relacionado no quadro “1”, classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1.O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

**Quadro 1**

PROCURADOR MUNICIPAL	
INSC.	NOME
552015	EVELINE DE MAGALHÃES WERNER RODRIGUES

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
Em 14 de outubro de 2019.  
**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**  
**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

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

**ANEXO II**  
**DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	1. Hemograma completo; 2. Tipagem sanguínea; 3. Glicemia (em jejum); 4. Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau); 5. Raios-X do tórax PA (com laudo) 6. Colpocitologia oncolítica (mulheres acima dos 35 anos de idade); 7. Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Eletroencefalograma com avaliação neurológica; 3. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 4. Audiometria total.
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Coprocultura; 3. VDRL; 4. Protoparasitologia; 5. Urina tipo I
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.
<b>V – Para os cargos de professor</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Exame otorrinolaringológico de cordas vocais; 3. Audiometria (com laudo fonoaudiológico); 4. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 5. EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico);

**ANEXO III**

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

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 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 nº 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

**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

**ANEXO V**  
**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

a)  Não possuo bens e valores patrimoniais.

b)  Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as conseqüências previstas na legislação vigente.

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

Declarante

**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 civil 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?
- 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

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015**  
**Edital de Convocação nº. 276, de 14 de outubro de 2019.**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN , 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.

Considerando o Ofício nº 0446/2019 de lavra da Secretaria Municipal de Infraestrutura o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2015 para o cargo de ARQUITETO.

**Resolve,**

**1.Convocar** o candidato relacionado no quadro "1", classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1.O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

**Quadro 1**

ARQUITETO	
INSC.	NOME
550863	LARIZA THAYARA ALMEIDA MALAMIM

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 14 de outubro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
 PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**  
**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO 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 dependentes;</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 Bradesco, 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 Motorista, operador de Máquinas 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>

**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>

**ANEXO III**

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

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 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 nº 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**

## 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 consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

## ANEXO V

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

a) [ ] Não possuo bens e valores patrimoniais.

b) [ ] Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas na legislação vigente.

## 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?

10) Você já teve "Desmaios", "Ataques", "Crisis 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

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015****Edital de Convocação nº. 277, de 14 de outubro de 2019.**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**, 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.

Considerando o Ofício nº 2075/2019 SME de lavra da Secretaria Municipal de Educação o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal para o cargo NUTRICIONISTA;

Considerando que o (a) candidato (a) inscrito (a) sob nº 522362 convocado pelo Edital de Convocação nº 265 de 09 de outubro de 2019 apresentou Termo de Desistência da vaga ofertada.

**Resolve,**

**1. Convocar** o candidato relacionado no quadro “1”, classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1.O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

3

**Quadro 1**

NUTRICIONISTA	
INSC.	NOME
517184	HELAINÉ PAWLINA KALIZAK

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 14 de outubro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**

PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I****DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO 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 dependentes;</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 Bradesco, 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>	<p><b>1. Documentos do item I;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <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 Motorista, operador de Maquinas e os que exigem porte de CNH</b>	<p><b>1. Documentos constantes do item I;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <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>

**ANEXO II**  
**DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	1.Hemograma completo; 2.Tipagem sanguínea; 3.Glicemia (em jejum); 4.Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau); 5.Raios-X do tórax PA (com laudo) 6.Colpocitologia oncótica (mulheres acima dos 35 anos de idade); 7.Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motociclista e Operadores de Máquinas).</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Eletroencefalograma com avaliação neurológica; 3.Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 4.Audiometria total.
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Coprocultura; 3. VDRL; 4. Protoparasitologia; 5. Urina tipo I
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.
<b>V – Para os cargos de professor</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Exame otorrinolaringológico de cordas vocais; 3.Audiometria (com laudo fonoaudiológico); 4.Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 5.EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico);

**ANEXO III**

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

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 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 nº 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

**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 consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**ANEXO V**  
**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

- a) [  ] Não possuo bens e valores patrimoniais.  
b) [  ] Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas na legislação vigente.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**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?
- 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

## CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015

**Edital de Convocação nº. 278, de 14 de outubro de 2019.**  
**LEONARDO TADEU BORTOLIN, 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.

Considerando o Ofício nº 247/2019 SAMA de lavra da Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal para o cargo VETERINÁRIO;

### Resolve,

**1. Convocar** o candidato relacionado no quadro "1", classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1 O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

### Quadro 1

VETERINÁRIO	
INSC.	NOME
539270	ROBSON FRANZ

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

### GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL

Em 14 de outubro de 2019.

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
 PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**  
**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO 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 dependentes;</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 Bradesco, 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 Motorista, operador de Máquinas 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>

**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 fonaudiológico);</li> <li>4. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li> <li>5. EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico);</li> </ol>

**ANEXO III**

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

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 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 nº 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**

## 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 consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

## ANEXO V

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

- a) [ ] Não possuo bens e valores patrimoniais.  
b) [ ] Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas na legislação vigente.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

## 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?

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

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2015**  
**Edital de Convocação nº. 279, de 14 de outubro de 2019.**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN , 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.

Considerando o Ofício SAMA nº 248/2019 de lavra da Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal para o cargo OPERADOR DE MÁQUINAS - ESCAVADEIRA HIDRÁULICA.

**Resolve,**

**1.Convocar** o candidato relacionado no quadro “1”, classificado no concurso público 01/2015, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 13.01/2015, a comparecer 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 11:00h e das 13:00 às 17:00h, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.

1.1.O candidato deverá 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 aprovado, reservando-se à Administração o direito de convocar o próximo candidato.

**Quadro 1**

<b>OPERADOR DE MÁQUINAS - ESCAVADEIRA HIDRÁULICA</b>	
<b>INSC.</b>	<b>NOME</b>
545329	JEFFERSON CLEYTON RODRIGUES NASCIMENTO SILVA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
Em 14 de outubro de 2019.  
**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
PREFEITO MUNICIPAL

**ANEXO I**  
**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO 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 dependentes;</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 Bradesco, 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>	<p><b>1. Documentos do item I;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <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 Motorista, operador de Maquinas e os que exigem porte de CNH</b>	<p><b>1. Documentos constantes do item I;</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <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>

**ANEXO II**  
**DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	1.Hemograma completo; 2.Tipagem sanguínea; 3.Glicemia (em jejum); 4.Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau); 5.Raios-X do tórax PA (com laudo) 6.Colpocitologia oncótica (mulheres acima dos 35 anos de idade); 7.Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Eletroencefalograma com avaliação neurológica; 3.Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 4.Audiometria total.
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Coprocultura; 3. VDRL; 4. Protoparasitologia; 5. Urina tipo I
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	1. Exames atestados no item I; 2. Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.
<b>V – Para os cargos de professor</b>	1.Exames atestados no item I; 2.Exame otorrinolaringológico de cordas vocais; 3.Audiometria (com laudo fonaudiológico); 4.Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 5.EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico);

**ANEXO III**

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

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 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 nº 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

**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 consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

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, em cumprimento às disposições legais pertinentes que:

a)  Não possuo bens e valores patrimoniais.

b)  Integram meu patrimônio os bens e valores discriminados no quadro abaixo (imóveis urbanos ou rural, veículos, máquinas, semoventes, dinheiro, títulos, ações ou qualquer bens e valores patrimoniais localizados no País ou Exterior).

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

**OBS:** A presente declaração deverá abranger o patrimônio do cônjuge, companheiro(a) filho(a) ou qualquer pessoa que viva sob a dependência econômica do declarante.

Declaro ainda ter ciência de que a não veracidade das informações prestadas poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas na legislação vigente.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**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?

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



O Brasão de Primavera do Leste foi criado por Luiz Humberto de Souza Barbosa e tem a seguinte simbologia:

**Soja, arroz e gado**

A economia.

**Sol e céu**

Um novo amanhecer.

**Trator e lavoura**

Uma nova plantação.

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2019  
EDITAL DE CONCURSO Nº 10.01/2019**

O Prefeito do Município de PRIMAVERA DO LESTE, Estado do Mato Grosso, Sr. LEONARDO TADEU BORTOLIN, por meio de suas atribuições legais, em conjunto com a Comissão Organizadora do Concurso Público, positivada pela Portaria nº 467/19 publicada em 03 de julho de 2019 no Diário Oficial de Primavera do Leste - MT - Edição nº 1496, resolve,

**TORNAR PÚBLICO**

1º- O Gabarito Preliminar da Prova Objetiva realizada no dia 13 de outubro de 2019, no período matutino e vespertino, do Concurso Público Municipal nº 01/2019.  
**GABARITO PRELIMINAR - 13/10/2019**

AUXILIAR DE COZINHA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	C	E	B	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

SECRETÁRIO ESCOLAR																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	E	B	D	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

AUXILIAR DE MECÂNICA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	E	D	A	C	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

TÉCNICO EM ENFERMAGEM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	C	E	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

BORRACHEIRO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	E	B	D	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

TÉCNICO EM INFORMÁTICA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	E	B	D	A	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

COVEIRO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	B	A	C	E	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

ARQUITETO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	C	E	B	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

LUBRIFICADOR																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	C	B	D	A	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

PADEIRO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	C	B	D	A	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

ASSISTENTE SOCIAL																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	B	D	A	C	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

MOTORISTA - CATEGORIA "D"																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	C	E	B	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

BIBLIOTECÁRIO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	E	B	D	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

OPERADOR MÁQ. ESCAVADEIRA HIDRÁULICA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	E	D	A	C	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

BIÓLOGO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	C	E	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

OPERADOR MÁQ. PÁ CARREGADEIRA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	E	B	D	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

BIOQUÍMICO 40H SM																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	E	B	D	A	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

OPERADOR MÁQ. PATROL																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	B	A	C	E	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**CIRURGIÃO DENTISTA 20H - BUCO-MAXILO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	C	E	B	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**CIRURGIÃO DENTISTA 40H**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	C	B	D	A	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**CIRURGIÃO DENTISTA 20H - ENDODONTIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	B	D	A	C	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**AGENTE ADMINISTRATIVO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	C	E	B	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**CIRURGIÃO DENTISTA 20H - PACIENTES PNE**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	E	B	D	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**DESENHISTA TÉCNICO PREDIAL**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	E	D	A	C	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**CIRURGIÃO DENTISTA 20H - PRÓTESE DENTÁRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	C	E	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**FISCAL SANITÁRIO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	E	B	D	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**ENGENHEIRO AGRÔNOMO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	E	B	D	A	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**INSTRUTOR DE INFORMÁTICA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	B	A	C	E	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**ENGENHEIRO CIVIL**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	C	E	B	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**ENGENHEIRO ELETRICISTA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	B	D	A	C	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**ENFERMEIRO PADRÃO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	C	E	B	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**FARMACÊUTICO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	E	B	D	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**MÉDICO 20H - ESPECIALISTA ALERGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	E	D	A	C	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**FISIOTERAPEUTA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	C	E	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**MÉDICO 20H - ESPECIALISTA ANESTESIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	E	B	D	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**FONOAUDIÓLOGO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	E	B	D	A	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**MÉDICO 20H - ESPECIALISTA CARDIOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	B	A	C	E	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**GEÓLOGO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	C	E	B	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**MÉDICO 20H - ESPECIALISTA CIRURGIA GERAL**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	C	B	D	A	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**MÉDICO 40H - CLÍNICO GERAL**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	B	D	A	C	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**MÉDICO 20H - ESPECIALISTA CIRURGIA VASCULAR**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	C	E	B	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**NUTRICIONISTA 40H SM**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	E	B	D	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**MÉDICO 20H - ESPECIALISTA DERMATOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	E	D	A	C	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

**PSICÓLOGO 40H SM**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	C	E	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

**MÉDICO 20H - ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	E	B	D	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

SANTARISTA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	E	B	D	A	A	E	B	D	C	C	D	B	E	A	E	B	D	A	C
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	D	B	C	E	B	E	C	D	A	B	D	C	E	A	C	A	D	B	E

MÉDICO 20H - ESPECIALISTA GINECOLOGIA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	B	A	C	E	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

MÉDICO 20H - ESPECIALISTA INFECTOLOGIA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	C	B	D	A	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

MÉDICO 20H - ESPECIALISTA OTORRINO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	C	E	B	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

MÉDICO 20H - ESPECIALISTA PEDIATRIA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	E	D	A	C	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

MÉDICO 20H - ESPECIALISTA PSIQUIATRIA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	E	B	D	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

MÉDICO 20H - ESPECIALISTA RADIOLOGIA																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	B	A	C	E	E	C	A	B	D	A	C	E	D	B	B	D	C	E	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
B	E	A	D	C	D	A	B	C	E	C	B	D	A	E	D	B	E	D	A

2º- Os candidatos que desejarem interpor recurso contra o gabarito preliminar disporão de 02 (dois) dias úteis, a contar do início do horário comercial (08h00min) do dia 14 de outubro de 2019, até as (17h00min) do dia 15 de outubro de 2019, segundo o horário oficial do Mato Grosso, conforme item 8.1 do Edital de Abertura 01/2019.

Este Edital entra em vigor na data de sua publicação.

Primavera do Leste/MT, 14 de Outubro de 2019.

LEONARDO TADEU BORTOLIN  
Prefeito Municipal

EDVANE EVANGELISTA DIAS  
Presidente da Comissão Organizadora

## EDITAL DE NOTIFICAÇÃO



**Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR)**  
**Delegação de Atribuição - Lei nº 11.250, de 27 de dezembro de 2005 - EC nº 42/2003**  
**MUNICÍPIO - PRIMAVERA DO LESTE - MT**

### EDITAL DE NOTIFICAÇÃO DE LANÇAMENTO Nº 00013, de 10 de Outubro de 2019.

Intima o(s) sujeito(s) passivo(s) que menciona para comparecimento no local citado para tratar de assunto do seu interesse.

O Titular do Órgão da Administração Tributária Municipal responsável pelo ITR, nos termos do artigo 23, § 1º, inciso II, do Decreto nº 70.235/72, com redação dada pelas Leis nº 11.941/2009 e nº 11.196/2005, e tendo em vista o disposto na Lei nº 11.250/2005, INTIMA o[s] sujeito[s] passivo[s] abaixo relacionado[s], a comparecer[em], em dia útil, no horário normal de atendimento, à sede da administração tributária deste município para tomar ciência da[s] Notificação[ões] de Lançamento [ITR] a seguir identificada[s].

Em caso de não comparecimento do sujeito passivo ou seu representante legal, considerar-se-á feita a intimação no 15º [décimo quinto] dia após a publicação deste Edital.

Sujeito(s) Passivo(s)		
Nome Completo / Razão Social	CPF/CNPJ	Notificação de Lançamento (ITR)
JOAO BRASIL	027.742.651-00	9871 /00115/2019

Titular do Órgão da Administração Tributária Municipal responsável pelo ITR	
Nome: PEDRO HONORATO DA SILVA JÚNIOR	Matrícula: 00007313
Cargo: SECRETÁRIO DE FAZENDA	Assinatura:

Pedro H. da Silva Júnior  
 Secretário de Fazenda  
 Port. 327/18

Marcelo de Oliveira Neves  
 Fiscal Tributário  
 Mat. 1453/2

Data de afixação: 10/10/2019

Data de desafixação: 25/10/2019

## PORTARIAS

### PORTARIA Nº066/2019/SMS/SUS/PVA-MT

*Nomeia os Representantes das entidades conforme sua representação no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Primavera do Leste/MT.*

**LAURA KELLY HORTENCI DE BARROS** Secretária Municipal de Saúde de Primavera do Leste, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por lei, e

**Considerando** a Lei Municipal nº 911, de 17 de agosto de 2005, na qual estabelece e estrutura as normas de criação do conselho municipal de saúde e da outras providências.

**Considerando** o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de 2017, no qual prevê tramites que regem todas as ações pertinentes ao conselho municipal de saúde.

#### RESOLVE:

**Art. 1º** - Nomear Conselheiros Titulares e Suplentes a frente do Conselho Municipal de Saúde no período de 2018 á 2020, devido a alterações nas representações de algumas classes e entidades abaixo relacionadas. O Mandato dos conselheiros segue conforme a ultima eleição vigente encerrando-se em 2020.

**REPRESENTANTE NATO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LAURA KELLY HORTÊNCI DE BARROS**

**REPRESENTANTE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
MUNICIPAL – UPA 24 HORAS  
JANAINE PRUDENTE NEVES - TITULAR  
MAVIANE DE FÁTIMA DAMITZ – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DO CENTRO REABILITAÇÃO, LABORATÓ-  
RIO, CEMOC E UCT  
ROBERTA BERNADELLI – TITULAR  
JEAN CARLOS SOARES SAMPAIO – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
MAURO CESAR RODRIGUES DE MORAES- TITULAR  
DELMA RIBEIRO DIAS DOS SANTOS– SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DO PACS E ESF  
EDEZIA DEANNE PIRES GUIRRA- TITULAR  
JOICE CRIADO FERREIRA – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS  
MARIA APARECIDA MONTES CANABRAVA - TITULAR  
JUSCILENE ROSA DE SOUSA ARAUJO – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE PRIMAVERA  
DO LESTE**

**REPRESENTANTE DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS  
ROSMÉRI DE FÁTIMA BEVILAQUA SCHUSTER - TITULAR  
KARLA JACKELINE DA SILVA SOUZA – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DOS MOVIMENTOS COMUNITARIOS (PAS-  
TORAIS)  
FREI ANSELMO BRAND - TITULAR  
JANIA RODRIGUES DOS SANTOS – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DO SINDICATO DOS MOVIMENTADORES DE  
MERCADORIAS  
MARIA JOSE RODRIGUES - TITULAR  
ELIDA DA SILVA CRUZ – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DO SINDICATO DOS TRABALHADORES DO  
COMERCIO  
RONALDO MIORANDO – TITULAR  
SIMONE SOAREZ FARIAS - SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DO SINDICATO DOS TRABALHADORES RU-  
RAIS  
JUSCELIO ALMEIDA DE SOUZA – TITULAR  
MARIA APARECIDA FARIAS DE ANDRADE – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E  
PENSIONISTAS E IDOSOS APAPI  
SUELI FRANCISCA DE OLIVEIRA - TITULAR  
MARIA ZULMARA DA SILVA CAMARGO – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO- SIN-  
TEP  
RENATO MORAIS DOS SANTOS - TITULAR  
LIENIMAR DE SOUZA ALMEIDA – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DA UNIÃO PRIMAVERENSE DOS MORA-  
DORES DE BAIROS- UPRIAMB  
EDILSON DOS SANTOS – TITULAR  
LUCAS FRANCISCO NUNES PRATES – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS -  
APAE  
LILIAN FAIM BUENO – TITULAR  
CLAUDIA FRANCISCA DA SILVA RESENDE – SUPLENTE**

**REPRESENTANTE DOS HOSPITAIS CONVENIADOS AO SUS  
DIVA PADILHA DA CUNHA – TITULAR  
TATIANI KAIPER – SUPLENTE.**

Art. 2º - A Esta portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação, Registrada, Publicada, Cumpra-se.

**LAURA KELLY HORTENCI DE BARROS**  
Secretária Municipal de Saúde



## RESOLUÇÕES

ESTADO DE MATO GROSSO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRIMAVERA DO LESTE

### RESOLUÇÃO Nº. 92/2019/CMS/PVA/SUS.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Primavera do Leste/MT, no exercício das suas atribuições legais que lhe confere a Lei Nº 911 de 17 de agosto de 2005 e a Lei Nº 971 de 12 de dezembro de 2007; e

*Considerando* a apreciação a importância de ações de planejamento para Enfrentamento de epidemias de Dengue para os anos de 2019 e 2020, que contenham estratégias integradas para combate e controle ao Aedes Aegypti, bem como de intervenções de possíveis epidemias, evitando óbitos no município de Primavera do Leste, MT

*Considerando* a transmissão simultânea de Dengue, Zika e Chikungunya pelo mesmo vetor Aedes aegypti e ciente que são eventos complexos, que demandam esforços conjuntos de todo sistema público e da sociedade como um todo, na adoção de medidas preventivas, de controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

*Considerando* O Plano Municipal de Contingência de Arboviroses Urbanas de Primavera do Leste, MT ser elaborado com a definição dos objetivos, seguindo a programação operativa de cada componente, no intuito de direcionar respostas oportunas nas epidemias e favorecer a organização das ações da vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial, vigilância ambiental, assistência ao paciente e mobilização social, bem como a rápida tomada de decisões e a instalação de medidas de contenção.

*Considerando* a reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Primavera do Leste, realizada as 14:h00:00min do dia 09/10/2019, sendo a apreciação do Plano de Contingência para arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya pauta da reunião.

*O Conselho Municipal de Saúde.*

#### RESOLVE:

**Art. 1º** Aprovar o Plano de Contingência para arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya 2019-2020 para o município de Primavera do Leste/MT.

**Art. 2º.** A gestão municipal manterá a organização da rede de serviços de saúde, estabelecer estratégias e garantir mecanismos de ações para tornar possível todo e qualquer atividade de mobilização social, prevenção, cura e comunicação, conduzidas de forma intersetorial, integrada e contínua, garantindo estruturas físicas, ferramentas, equipamentos, insumos e recursos humanos suficientes e capacitados.

**Art. 3º** Os recursos financeiros para o custeio de internações e procedimentos ambulatoriais serão conforme propostos pelo Manual de Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias da Arboviroses Urbanas Dengue, Zika e Chikungunya. Os recursos para este plano oriundo da esfera federal serão repassados na modalidade fundo a fundo, seguindo as disposições da portaria 3.992 de 28/12/2017.

**Art. 4º** Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua aprovação.

**Art. 5º** Revogam-se as disposições em contrário.

**Registrada, Publicada, Cumpra-se.**

Primavera do leste, 14 de Outubro de 2019.

**LAURA KELLY HORTENCI DE BARROS**  
Secretária Municipal de Saúde.

Homologado:

**LEONARDO BORTOLIN**  
Prefeito Municipal

## PREGÃO / LICITAÇÃO

### PREGÃO PRESENCIAL Nº 138/2019 – SRP Processo nº 1914/2019

(Regido pela Lei nº 10.520/2002, nº 9.784/99, pelo Decreto nº 7.892/2013, Lei Complementar nº 123/06, subsidiariamente, pela Lei nº 8.666/93, alterações posteriores e demais legislações aplicáveis).

Tipo:	“Menor Taxa de Administração”
Objeto:	<b>REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADA EM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DE COMBUSTÍVEL PARA ABASTECIMENTO DAS FROTAS DE VEÍCULOS DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE PRIMAVERA DO LESTE.</b>

#### SESSÃO PÚBLICA PARA RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

Dia:	25 de outubro de 2019
Hora:	07:30 horas
	<b>OBS. Neste horário será iniciado o credenciamento. A abertura da etapa de lances opera a preclusão do direito de credenciamento e participação na licitação.</b>
Local:	Rua Maringá, 444 – Centro – Primavera do Leste – MT (Auditório de Licitações).

#### LOCAL, DIAS E HORÁRIOS PARA LEITURA OU OBTENÇÃO DESTE EDITAL

Dias:	Segunda a Sexta-feira (em dias de expediente)
Horários:	Das 07:00h às 11:00h e das 13:00h às 17:00h.
LOCAL:	Rua Maringá, 444 – Centro – Primavera do Leste – MT (Sala do Setor de Licitações)

#### RETIRADA DE EDITAIS PELA INTERNET

Retire o Edital acessando a página <http://www.primaveradoleste.mt.gov.br>, local: “CIDADÃO” – “Editais e Licitações”.

Quando da retirada do edital, enviar recibo à Prefeitura de Primavera do Leste via e-mail: [licita3@pva.mt.gov.br](mailto:licita3@pva.mt.gov.br), conforme modelo da página 02 deste Edital, para eventuais informações aos interessados, quando necessário.

#### AVISO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

##### Tomada de Preço nº021/2019 Processo nº 795/2019

A Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso, através da Comissão de Permanente Licitação, nomeada pela Portaria nº 633/19 torna público para os fins e efeitos do disposto no § 3º do art. 109 da Lei nº 8.666/93, que as empresas: BR PAVING CONSTRUÇÕES E SERVIÇOS EIRELLI inscrita no CNPJ/MF Nº 24.683.120/0001-07 e A.I FERNANDES SERVIÇOS DE ENGENHARIA EIRELLI- EPP CNPJ/MF 24.683.120/0001-07 *interpuseram recurso contra decisão da Comissão Permanente de licitação ocorrida na licitação supramencionada na fase de propostas de preços.*

As íntegras dos recursos encontram-se a disposição dos interessados na Comissão de Licitação, sito à Rua Maringá, 444, Centro, Primavera do Leste – MT onde os licitantes poderão obter vistas e no endereço [www.primaveradoleste.mt.gov.br](http://www.primaveradoleste.mt.gov.br) ícone : Empresas “ Editais e Licitações”

Primavera do Leste, 14 de outubro de 2019.

\*Maristela Cristina Souza Silva  
Coordenadora de Licitação

\*Original Assinado nos autos do processo

**AVISO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO****Tomada de Preço nº 024/2019 Processo nº 1633/2019**

A Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso, através da Comissão de Permanente Licitação, nomeada pela Portaria nº 633/19 torna público para os fins e efeitos do disposto no § 3º do art. 109 da Lei nº 8.666/93, que a empresa **K C CARDOSO CONSTRUÇÃO CIVIL EIRELI- ME** inscrita no CNPJ/MF Nº **07.872.022/0001-90**, *interpôs recurso contra decisão da Comissão Permanente de licitação ocorrida na licitação Tomada de Preço 024/2019 e Propostas de Preços da empresa C C L CONSTRUTORA CANTAGALO EIRELI – ME.*

As íntegras dos recursos encontram-se a disposição dos interessados na Comissão de Licitação, sito à Rua Maringá, 444, Centro, Primavera do Leste – MT onde os licitantes poderão obter vistas e no endereço [www.primaveradoleste.mt.gov.br](http://www.primaveradoleste.mt.gov.br) ícone: Empresas “ Editais e Licitações” .

Primavera do Leste, 14 de outubro de 2019.

\*Maristela Cristina Souza Silva  
Coordenadora de Licitação

**\*Original Assinado nos autos do processo****AVISO DE CORREÇÃO****CHAMAMENTO PÚBLICO Nº006/2019.**

**A Comissão de Seleção de Chamamento Público nos termos da Lei Federal nº 13.019/2014, nomeada pela portaria 475/2019 torna público para conhecimento dos interessados que por um lapso, Resultado Preliminar, publicado no DIÁRIO OFICIAL DE PRIMAVERA (DIO-PRIMA) do dia 01/10/2019, página 02, foi erroneamente grafado, como segue:**

**Onde se Lê: COMUNICAÇÃO RESULTADO PRELIMINAR DE LICITAÇÃO**

**leia-se: COMUNICAÇÃO RESULTADO PRELIMINAR.**

Primavera do Leste, 11 de outubro de 2019.

**TEREZINHA RAZIA DAL PAULO  
PRESIDENTE**

**RESULTADO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS****Concorrência nº 005/2019 Processo nº 1408/2019**

A Comissão Permanente de Licitações, designada pela Portaria nº 633/2019, através de sua presidente, torna público e para conhecimento dos licitantes e a quem mais interessar que, em sessão reservada da mesma, datada de 14/10/2019 às 15:00 horas , após o exame das propostas apresentadas no pleito e adotado o critério de julgamento prescrito no Edital, chegou-se ao seguinte resultado classificatório:

**1º lugar ELÉTRICA RADIANTE MATERIAIS ELÉTRICOS LTDA EPP** com valor total de R\$ 2.675.470,00 (dois milhões seiscentos e setenta e cinco mil quatrocentos e setenta reais).

**2º lugar SEC ENGENHARIA E CONSTRUTORA LTDA** com valor total de R\$ 2.986.477,33 (dois milhões novecentos e oitenta e seis mil quatrocentos e setenta e sete reais e trinta e três centavos).

Tudo em conformidade com a decisão circunstanciada e lavrada em ata que se encontra inserta no respectivo processo licitatório. Abre-se o prazo de 05 (cinco) dias úteis para recurso.

Primavera do Leste, 14 de outubro de 2019.

**Maristela Cristina Souza Silva**  
Presidente da CPL

