



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

**CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2023**

**Edital de Convocação nº. 023, de 11 de setembro de 2024.**

**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 Decreto nº 2321 de 05 de julho de 2023, pelo qual regulamenta a Lei Municipal nº 1395 de 30 de outubro de 2013, delegando competência aos titulares dos órgãos da Administração Direta do Município e dá outras providências.

Considerando o Ofício nº 1667/2024/RH/SMS/SUS da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2023 para o cargo de AGENTE ADMINISTRATIVO DA SAÚDE.

Considerando ainda, o Ofício nº 125/2024 UCCI da Unidade Central de Controle Interno que trata sobre a análise e Parecer Técnico da Convocação;

**Resolve,**

- Convocar** o candidato relacionado no quadro “1”, classificado no concurso público 01/2023, de acordo com a ordem de classificação do Edital de Homologação nº 01/2024, 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 11:00, para providências quanto à nomeação e posse, em conformidade o que dispõe a legislação.
  - O candidato deverá apresentar os documentos constante do Anexo I;
  - Para realização da perícia médica, em cumprimento da exigência do item 15, 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 dos telefones (66) 3498-3333 ramal 238 ou (66) 99248-2010 (apenas mensagem no WhatsApp);
- 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**

AGENTE ADMINISTRATIVO DA SAÚDE	
INSC.	NOME
297012731	THÁRCILLA FERNANDA FERREIRA ARAÚJO CARVALHO

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 11 de setembro de 2024

**HÉLIO SCHNEIDER PAULUS NETO**

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO I

**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEACÃO E POSSE**

<b>I – Para todos os cargos</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cédula de Identidade* (ou carteira de Identidade Profissional*, se for o caso) e CPF*. Para os convocados que possuem a nova Carteira de Identidade Nacional apresentar apenas a Cédula com o número de identificação*;</li><li>2. 2 fotos 3x4 recente;</li><li>3. Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso na área de atuação exigida no Edital, reconhecido pelo MEC; *</li><li>4. Carteira de Trabalho (página de identificação do trabalhador frente e verso);</li><li>5. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP;</li><li>6. Certidão de Nascimento* ou Certidão de Casamento* ou Certidão de Casamento com averbação, se houver; *</li><li>7. Certidão de Quitação Eleitoral;</li><li>8. Certificado de Reservista, de isenção ou de dispensa do Serviço Militar, até 45 anos (se do sexo masculino);*</li><li>9. Comprovante de endereço atualizado;</li><li>10. CPF do cônjuge;</li><li>11. CPF dos filhos dependentes;</li><li>12. Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 anos;</li><li>13. Declaração de Conformidade com Calendário Vacinal emitido pela Unidade de Saúde da sua região, para filhos menores de 14 anos;</li><li>14. Comprovante de conta bancária, no banco que administra a folha de salários;</li><li>15. Atestado de Saúde Ocupacional ASO (original) expedido pela Junta de Perícias Médicas do Município;</li><li>16. Exames Médicos, conforme Anexo II;</li><li>17. Declaração de não acúmulo de cargo ilegal- Anexo III;</li><li>18. Declaração de acúmulo de cargo legal - Anexo IV, se for o caso;</li><li>19. Declaração de que não foi demitido por justa causa – Anexo V;</li><li>20. Declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio ou Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física, último ano-calendário – Anexo VI;</li><li>21. Declaração de não participação em gerência ou Administração de Empresa Privada, de Sociedade Civil ou de exercer o Comércio – Anexo VII;</li><li>22. Questionário para avaliação da capacidade de saúde física e mental – Anexo VIII;</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, inclusive registro da especialidade, se for o caso;</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 Motoristas, Operador de Maquinas, Agente de Transito e os que exigem porte de CNH</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Documentos 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><li>4. No caso de Motorista do Transporte Escolar, apresentar Curso de Transporte Escolar.</li></ol>

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório ou apresentação de cópia com os originais legíveis.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO II

**RELAÇÃO DE EXAMES E LAUDOS MÉDICOS EXIGIDOS PARA AVALIAÇÃO DE INGRESSO  
NO QUADRO DE SERVIDORES E OBRIGATÓRIOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE**

<b>I – Relação de Exames e Laudos Médicos obrigatórios para todos os cargos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hemograma completo (em jejum);</li><li>2. Perfil Lipídico (Colesterol L.D.L, Colesterol H.D.L. e Colesterol Total, Trigerídeos);</li><li>3. Glicemia (em jejum);</li><li>4. Exame de Urina tipo I (E.A.S);</li><li>5. Gama GT (Gama Glutamil Transferase);</li><li>6. Exame Toxicológico de larga janela de detecção;</li><li>7. Raio X do Tórax P.A e perfil com laudos correspondentes (dispensável para gestantes mediante apresentação do laudo de ultrassonografia (ecografia) recente à data da avaliação médica pericial);</li><li>8. Raio X total da coluna vertebral (P.A e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral (exceto para gestantes que devem apresentar laudo de ultrassonografia gestacional recente);</li><li>9. Eletrocardiograma (E.C.G) - com Avaliação e Laudo Cardiológico, se patológico, definir o grau, emitido por Médico Especialista em Cardiologia;</li><li>10. Eletroencefalograma (E.E.G) - com Mapa, Avaliação e Laudo Neurológico, emitido por Médico Especialista em Neurologia;</li><li>11. Laudo de Avaliação Psicológica voltado para a capacidade laboral do cargo pretendido, descrevendo os métodos, técnicas e instrumentos utilizados na avaliação, emitido por Psicólogo com registro profissional ativo;</li><li>12. Atestado de Saúde Mental emitido por Médico Especialista em Psiquiatria;</li><li>13. Colpocitologia Oncótica – Papanicolau para mulheres com idade igual ou acima de 40 anos);</li><li>14. Antígeno Prostático Específico – P.S.A para homens com idade igual ou acima de 40 anos);</li><li>15. Exame Oftalmológico de acuidade visual, fundo de olho e tonometria, em ambos os olhos, emitido por Médico Especialista em Oftalmologia.</li></ol>
<b>II – Para os cargos de Auxiliar de Mecânica, Borracheiro, Engenheiro Civil, Lubrificador, Mecânico, Motoristas, Operadores de Máquinas, e Topógrafo.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames relacionados no item I;</li><li>2. Audiometria Tonal com Laudo do Fonoaudiólogo, se houver perda ou redução auditiva deverá apresentar avaliação do Médico Especialista em Otorrinolaringologia.</li></ol>
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas e Cozinheiro, Cozinheiro Educacional, Nutricionista, Nutricionista Educacional e Padeiro.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames relacionados no item I;</li><li>2. Reação Sorológica para Lues (V.D.R.L);</li><li>3. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia);</li><li>4. Cropocultura;</li><li>5. Exame Parasitológico de fezes (E.P.F);</li><li>6. Bacteriológico de secreção nasofaríngea.</li></ol>
<b>IV – Para os cargos de Auxiliar Educacional, Professores e Técnicos Esportivos.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames relacionados no item I;</li><li>2. Audiometria tonal com Laudo do Fonoaudiólogo, se houver perda ou redução auditiva deverá apresentar avaliação do Médico Especialista em Otorrinolaringologista;</li><li>3. Laringoscopia de cordas vocais com avaliação e laudo emitido por Médico Especialista em Otorrinolaringologia.</li></ol>



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

<b>V – Para o cargo de coeiro</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames relacionados no item I;</li><li>2. Espirometria;</li><li>3. Hepatite A - Anti HAV IgG;</li><li>4. Hepatite A - Anti HAV IgM;</li><li>5. Hepatite B - HBsAG Antígeno Austrália;</li><li>6. Hepatite C - anti-HCV.</li></ol>
<b>VI – Para todos os cargos da área da Saúde, Assistente Social, Fiscal Sanitário, Fisioterapeuta, Psicólogo e Veterinário.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Exames relacionados no item I;</li><li>2. Reação Sorológica para Lues (V.D.R.L);</li><li>3. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia);</li><li>4. Hepatite A - Anti HAV IgG;</li><li>5. Hepatite A - Anti HAV IgM;</li><li>6. Hepatite B - HBsAG Antígeno Austrália;</li><li>7. Hepatite C - anti-HCV.</li></ol>



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

**ANEXO III**

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no CPF sob o n° \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO ESTOU em disponibilidade, em licença para tratar de interesse particular, nem OCUPO 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.

**DECLARO**, outrossim, **QUE NÃO PERCEBO** 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.

**DECLARO**, mais, estar ciente de que devo 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.

**DECLARO**, 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.

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

Primavera do Leste – MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO IV

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no CPF sob o n° \_\_\_\_\_, nos termos do artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal.

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:

- a) a de dois cargos de professor;
- b) a de um cargo de professor com outro, técnico ou científico;
- c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

**DECLARO** para os devidos fins de direito que, exerço cargo público no Município de \_\_\_\_\_, no cargo de \_\_\_\_\_, admitido em \_\_\_\_\_, com jornada de trabalho de \_\_\_\_ (\_\_\_\_) horas semanais, lotado no \_\_\_\_\_ e fui convocado a tomar posse no cargo de \_\_\_\_\_, através do Edital de Convocação n° \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024, do Concurso n° 01/2024, com jornada de trabalho de \_\_\_\_ (\_\_\_\_) horas semanais, declarando assim que há compatibilidade de horários com os cargos supracitados, conforme previsão legal.

**DECLARO**, outrossim, QUE NÃO PERCEBO proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da CF/88, QUE SEJA INACUMULÁVEL COM A CARREIRA EM QUE TOMAREI POSSE.

DECLARO 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.

Primavera do Leste – MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante



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

**ANEXO V**

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no CPF sob o n° \_\_\_\_\_, **DECLARO** 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 – MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante



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

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO** 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 – MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO VII

**DECLARAÇÃO DE NÃO PARTICIPAÇÃO EM GERÊNCIA OU ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESA PRIVADA, DE SOCIEDADE CIVIL OU DE EXERCER O COMÉRCIO, EXCETO NAS POSSIBILIDADES PREVISTAS**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG n° \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no CPF sob o n° \_\_\_\_\_, **DECLARO** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, em cumprimento às disposições legais pertinentes:

- Posse em cargo de Concurso de \_\_\_\_\_
- Admissão para exercício em Cargo Comissionado de \_\_\_\_\_
- Admissão em Contrato Temporário de \_\_\_\_\_
- Bolsa de Estágio \_\_\_\_\_
- Atualização Cadastral referente ao cargo de \_\_\_\_\_

**Artigo 145 da Lei nº 679 de 25.09.2001**

**Art. 145** Ao servidor público é proibido

X - participar de gerência ou administração de empresa privada, de sociedade civil, ou exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, quotista ou comanditário;

a)  Declaro sob as penas da Lei e conforme artigo 145 da Lei Municipal nº 679 de 25 de setembro de 2001, que **não participo** de gerência ou administração de sociedade civil ou empresa privada personificada ou não personificada;

b)  Declaro sob as penas da Lei e conforme artigo 145 da Lei Municipal nº 679 de 25 de setembro de 2001, que **não exerço o comércio**;

c)  Declaro sob as penas da Lei e conforme artigo 145 da Lei Municipal nº 679 de 25 de setembro de 2001, que **exerço o comércio** na qualidade de ( )acionista ( )quotista ( )comanditário na(s) empresa(s) abaixo citada(s): Obs.:Informar a Identificação e CNPJ(s) da(s) empresa(s): \_\_\_\_\_

**DECLARO** estar ciente de que devo comunicar à Prefeitura Municipal de Primavera do Leste qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes.

**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 – MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO VIII

**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	RG:
Cargo:	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 alguma deficiência física?

( ) 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

Rua Maringá, 444, Centro

– CEP 78850-000 - Fone (66)3498-3333 (ramal 235)



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

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 – MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante