

# Diário Oficial



DIOPRIMA - Diário Oficial de Primavera do Leste - MT • Primavera do Leste - MT, 28 de Dezembro de 2020 • Edição 1853 • Ano XIV • Lei nº 946 de 21 de setembro de 2006.

## PODER EXECUTIVO

### EDITAIS

#### CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2019 Edital de Convocação nº. 095, de 28 de dezembro de 2020.

**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, a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020 que estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19) e que alterou a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000;

Considerando o Ofício nº 01173/2020/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de MÉDICO 40 HORAS – CLÍNICO GERAL;

Considerando o Ofício nº 092/2020 UCCI da Unidade Central de Controle Interno que trata sobre a análise e Parecer Técnico da Convocação;

Considerando, a aposentadoria constante da Portaria nº 569/2020 publicada na Edição Extraordinária 1808 de 19 de outubro de 2020.

**Resolve**, entendendo serem legais as convocações por meio de Concurso Público, ocorridas em razão de exoneração, demissão ou dispensa, aposentadoria e falecimento.

1. **Convocar** o candidato relacionado no quadro “1”, classificado no concurso público 01/2019, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 20.01/2019, 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 13:00, 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) 3498-4400;

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

MÉDICO 40 HRS – CLÍNICO GERAL	
INSC.	NOME
205975	ISMAEL FREDERICO ACOMON ALVES BATISTA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL  
Em 28 de dezembro de 2020.  
**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.Certidão de Quitação Eleitoral;*</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 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.Documentos do item I;</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 Maquinas e os que exigem porte de CNH</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Documentos constantes do item I;</li><li>2.Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li><li>3.Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li></ol>
---	--

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.

**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 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 01/2019**  
**Edital de Convocação nº. 096, de 28 de dezembro de 2020.**

**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, a Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020 que estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19) e que alterou a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000;

Considerando o Ofício nº 0843/2020/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de MÉDICO 40 HORAS – CLÍNICO GERAL.

Considerando, a baixa por falecimento, constante da Portaria nº 408/2020 publicada na Edição 1745 de 20 de julho de 2020.

Considerando que o (a) candidato (a) inscrito (a) sob nº 214630 convocado pelo Edital de Convocação nº 092 de 14 de outubro de 2020 não se apresentou para assumir a vaga ofertada.

**Resolve**, entendendo serem legais as convocações por meio de Concurso Público, ocorridas em razão de exoneração, demissão ou dispensa, aposentadoria e falecimento.

1. **Convocar** o candidato relacionado no quadro "1", classificado no concurso público 01/2019, de acordo com a ordem de classificação do edital de homologação nº 20.01/2019, 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 13:00, 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) 3498-4400;

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**

MÉDICO 40 HRS – CLÍNICO GERAL	
INSC.	NOME
214838	RENATA MAGALHAES PEREIRA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
 Em 28 de dezembro de 2020.

**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. Certidão de Quitação Eleitoral;*</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 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. Documentos do item I;</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. Documentos constantes do item I;</li> <li>2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li> <li>3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li> </ol>

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.

**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. Protoperasitologia;</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.

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 Extraordinário nº. 003, de 28 de dezembro de 2020.**

**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** a decisão proferida no Processo nº 1000415-76.2017.8.11.0037;

**CONSIDERANDO** o Ofício nº 677/2020 - PGM da Procuradoria Geral do Município de Primavera do Leste - MT.

**Resolve,**

1. **Convocar** o Senhor **EMERSON RODRIGO DA SILVA**, 1º Classificado no Concurso Público Municipal 01/2015, inscrito sob nº 544701 para o cargo de ANALISTA DE SISTEMAS, 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 13:00, 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) 3498-4400;

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.

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 28 de dezembro de 2020.

**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>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. Certidão de Quitação Eleitoral;*</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 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>
II – Para os cargos com profissão regulamentada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos do item I;</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>
III – Para os cargos de Motorista, operador de Máquinas e os que exigem porte de CNH	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos constantes do item I;</li> <li>2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li> <li>3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li> </ol>

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.

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

<b>I – Para todos os cargos</b>	<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>
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	<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>
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	<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>
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	<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>
<b>V – Para os cargos de professor</b>	<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 DEDITADO 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.**

<b>Nome:</b>		
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> ( ) F ( ) M	<b>Cargo:</b>
<b>RG:</b>		<b>CPF:</b>

**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 Extraordinário nº. 004, de 28 de dezembro de 2020.

**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** a decisão proferida no Processo nº 0000895-08.2016.8.11.0037;

**CONSIDERANDO** o Ofício nº 680/2020 - PGM da Procuradoria Geral do Município de Primavera do Leste - MT.

**Resolve,**

1. **Convocar** o Senhor **MARCOS VINICIUS LIMA VIEIRA**, 10º Classificado no Concurso Público Municipal 01/2015, inscrito sob nº 550379 para o cargo de AUXILIAR EDUCACIONAL, 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 13:00, 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) 3498-4400;

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.

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 28 de dezembro de 2020.

**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>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. Certidão de Quitação Eleitoral;*</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 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>
II – Para os cargos com profissão regulamentada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos do item I;</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>
III – Para os cargos de Motorista, operador de Máquinas e os que exigem porte de CNH	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos constantes do item I;</li> <li>2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li> <li>3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li> </ol>

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.

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

I – Para todos os cargos	<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 oncológica (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>
II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).	<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>
III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas	<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>
IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes	<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>
V – Para os cargos de professor	<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.

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

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 463/2020**  
**EDITAL Nº 463.06/2020**

**GABARITO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO DE PESSOAL EM CARÁTER TEMPORÁRIO PARA O QUADRO DE PESSOAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT.**

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, no uso de suas atribuições legais e por ordem do Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal do Município de Primavera do Leste, **RESOLVE TORNAR PÚBLICO O GABARITO DEFINITIVO** das Provas do Processo Seletivo Simplificado para contratação de pessoal em caráter excepcional e temporário para o Quadro de Pessoal da Prefeitura de Primavera do Leste MT, objeto do Edital nº **463.01/2020**, realizadas no dia 20 de dezembro de 2020.

<b>AUXILIAR EDUCACIONAL</b>																			
LINGUA PORTUGUESA					CONHECIMENTOS GERAIS					CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>C</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>N*</b>

N\* = Questão anulada.

<b>INSTRUTOR DE INFORMÁTICA</b>																			
LINGUA PORTUGUESA					CONHECIMENTOS GERAIS					CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>C</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>C</b>

<b>MONITOR SOCIAL</b>																			
LINGUA PORTUGUESA					CONHECIMENTOS GERAIS					CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>C</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>A</b>

<b>CIRURGIÃO DENTISTA ENDODONTIA E PERIODONTIA</b>																			
LINGUA PORTUGUESA					CONHECIMENTOS GERAIS					CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>N*</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>A</b>

N\* = Questão anulada.

<b>MÉDICO ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL E GASTROENTEROLOGIA</b>																			
LINGUA PORTUGUESA					CONHECIMENTOS GERAIS					CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>N*</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>A</b>

N\* = Questão anulada.

<b>PROFESSOR DE ARTES - PROFESSOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA - PROFESSOR DE HISTÓRIA - PROFESSOR DE LINGUA INGLESA - PROFESSOR PEDAGOGO</b>																			
LINGUA PORTUGUESA					CONHECIMENTOS GERAIS					CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>A</b>	<b>N*</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>B</b>

N\* = Questão anulada.

O presente Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

Primavera do Leste – MT, 28 de dezembro de 2020.

**Wânia Macedo**  
Secretária Municipal de Administração  
Portaria nº 367/2018

**Edvane Evangelista Dias**  
Presidente da Comissão Permanente Organizadora de Processo Seletivo Simplificado