

# Diário Oficial



DIOPRIMA - Diário Oficial de Primavera do Leste - MT • Primavera do Leste - MT, 17 de Março de 2021 • Edição 1915 • Ano XV • Lei nº 946 de 21 de setembro de 2006.

## PODER EXECUTIVO

### EDITAIS

#### CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2019 Edital de Convocação nº. 101, de 17 de março de 2021.

**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 0041/2021/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de AGENTE ADMINISTRATIVO DA SAÚDE.

Considerando o Ofício nº 008/2021 UCCI da Unidade Central de Controle Interno que trata sobre a análise e Parecer Técnico da Convocação;

Considerando, a Exoneração à pedido constante da Portaria nº 115/2021 publicada na Edição 1872 de 22 de janeiro de 2021.

Considerando que o (a) candidato (a) inscrito (a) sob nº 188799 convocado pelo Edital de Convocação nº 097 de 25 de janeiro de 2021 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) 3498-3333 ramal 238;

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

AGENTE ADMINISTRATIVO DA SAÚDE	
INSC.	NOME
193376	SINEIA DA CUNHA SOUSA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL  
Em 17 de março de 2021.  
**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 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 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 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. 102, de 17 de março de 2021**

**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 190602 convocado pelo Edital de Convocação nº 098 de 11 de fevereiro de 2021 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) 3498-3333 ramal 238;

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>MÉDICO 40 HRS – CLÍNICO GERAL</b>	
<b>INSC.</b>	<b>NOME</b>
207409	EMANUELA FROTA PRADO 102 de 17/03/21

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 17 de março de 2021.

**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. 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>
<p><b>II – Para os cargos com profissão regulamentada</b></p>	<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>
<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. 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**

<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 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 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. 103, de 17 de março de 2021**

**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.

Considerando que o (a) candidato (a) inscrito (a) sob nº 205975 convocado pelo Edital de Convocação nº 095 de 28 de dezembro de 2021 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) 3498-3333 ramal 238;

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
211399	CAROLINA VIEIRA ORMONDE

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
Em 17 de março de 2021.  
**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 de 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>Certidão de Quitação Eleitoral;*</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 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>

\* 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); 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 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 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 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. 104, de 17 de março de 2021**

**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 SAS nº 062/2021 de lavra da Secretaria Municipal de Assistência Social o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de AGENTE ADMINISTRATIVO.

Considerando o Ofício nº 024/2021 UCCI da Unidade Central de Controle Interno que trata sobre a análise e Parecer Técnico da Convocação;

Considerando, a Exoneração à pedido constante da Portaria nº 486/2020 publicada na Edição 1771 de 24 de agosto de 2020.

Considerando que o (a) candidato (a) inscrito (a) sob nº 216092 convocado pelo Edital de Convocação nº 099 de 11 de fevereiro de 2021 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) 3498-3333 ramal 238;

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**

AGENTE ADMINISTRATIVO	
INSC.	NOME
216941	ILDYANGE INES HERANE ROHDEN DE OLIVEIRA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
 Em 17 de março de 2021.  
**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 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>
<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.

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 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 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. 105 de 17 de março de 2021**

**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 SAS nº 0096/2021 de lavra da Secretaria Municipal de Assistência Social o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de COZINHEIRO.

Considerando o Ofício nº 029/2021 UCCI da Unidade Central de Controle Interno que trata sobre a análise e Parecer Técnico da Convocação;

Considerando, a exoneração à pedido do servidor, constante da Portaria nº 0378/2020 publicada na Edição nº 1727 de 29 de junho 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** os candidatos relacionados no quadro “1”, classificados 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) 3498-3333 ramal 238;

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**

COZINHEIRO	
INSC.	NOME
202930	SIMONY SILVA FERREIRA

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
Em 17 de março de 2021.  
**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>Certidão de Quitação Eleitoral;*</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 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>

\* 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 - SA-TEPSI</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 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:

- Não possuo bens e valores patrimoniais.
- 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 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 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. 106, de 17 de março de 2021

**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 0188/2021/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para os cargos de AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO e TÉCNICO EM LABORATÓRIO

Considerando o Ofício nº 050/2021 UCCI da Unidade Central de Controle Interno que trata sobre a análise e Parecer Técnico da Convocação;

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

1. **Convocar** os candidatos relacionados no quadro "1", classificados 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) 3498-3333 ramal 238;

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

AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	
INSC.	NOME
193011	ANA LAURA LEMOS CARVALHO
TÉCNICO EM LABORATÓRIO	
INSC.	NOME
217788	ROBERTA RAMOS MORALES

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 17 de março de 2021.

**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. 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>
<p><b>II – Para os cargos com profissão regulamentada</b></p>	<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>
<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. 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**

<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. Protoparasitologia;</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>3. Exames atestados no item I;</li> <li>4. 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 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 FUL**, 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 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 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", "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

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS OSVALDO CRUZ - NUTRIÇÃO  
Rua Avenida São João, 30 – Centro / prikanul@gmail.com/ 66.3498-4960

OFÍCIO – PMPL/SMS/CEMOC/NUTRIÇÃO n.º0005/2021

Primavera do Leste, 12 de março de 2021.

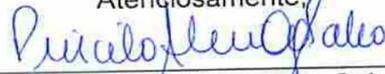
Ilustríssima Senhora,

Ao cumprimentar Vossa Senhoria, no papel de dirigente municipal representante da saúde do Programa Saúde na Escola (PSE), venho solicitar a reestruturação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal instituído através da Portaria nº 602/18, conforme vossa indicações (ofício nº 59/2021/GAB/SMS/SUS) e indicações da secretária municipal de Educação, Sra Adriana Tomasoni (ofício nº 0250/2021 – SME), temos a seguinte composição:

- 1) Secretário Municipal de Educação: Adriana Tomasoni
- 2) Secretário Municipal de Saúde: Laura Kelly Hortencio de Barros
- 3) Dirigente Municipal representante da Educação: Maria Cristina Fagundes Correa Rosa
- 4) Dirigente Municipal representante da Saúde: Priscila Akemi Ogasawara Sako
- 5) Representante da Educação Infantil Municipal: Rubia Graciela Longhi
- 6) Representante da Educação fundamental Municipal: Gracieli Maria Bruschi
- 7) Representante da Formação Continuada: Jucelia Vieira da Silva
- 8) Representante da Formação Continuada do Ensino Fundamental Municipal: Cleusa dos Santos
- 9) Representante da Coordenação de Alimentação Escolar: Andreia Zimpel Pazdziora
- 10) Representante da Secretaria de Estado da Educação/ Assessoria Pedagógica: Isa Cristina Von Borstel Marques Dapper
- 11) Representante da Atenção Básica em Saúde Municipal: Edézia Deanny Pires
- 12) Representante da Educação Permanente: Silmara de Souza
- 13) Representante da Vigilância Epidemiológica: Monia Mania de Lima
- 14) Representante da Vigilância Ambiental: Juscilene Rosa de Sousa
- 15) Representante da Saúde Bucal: Cibeli Nascimento

Sem mais a tratar, me coloco à inteira disposição pra quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,



---

Priscila Akemi Ogasawara Sako  
Dirigente Municipal representante da Saúde  
PSE – Primavera do Leste

Ilma Sra

**LAURA KELLY HORTENCY DE BARROS**

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PRIMAVERA DO LESTE - MT

## PREGÃO / LICITAÇÃO

<b>AVISO DE ABERTURA</b>	
<b>PREGÃO PRESENCIAL Nº 034/2021 – SRP</b>	
<b>Exclusiva ME/EPP</b>	
<b>Processo nº 0412/2021</b>	
(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 Preço por Item”
Objeto:	<b>REGISTRO DE PREÇO PARA FUTURA E EVENTUAL CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NO FORNECIMENTO DE CARTUCHOS NOVOS E NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE RECARGA, OBJETIVANDO ATENDER ÀS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA.</b>
<b>SESSÃO PÚBLICA PARA RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO</b>	
Dia:	31 de março de 2021
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).
<b>LOCAL, DIAS E HORÁRIOS PARA LEITURA OU OBTENÇÃO DESTE EDITAL</b>	
Dias:	Segunda a Sexta-feira (em dias de expediente)
Horários:	Das 07:00h às 13:00h.
LOCAL:	Rua Maringá, 444 – Centro – Primavera do Leste – MT (Sala do Setor de Licitações)
<b>RETIRADA DE EDITAIS PELA INTERNET</b>	
Retire o Edital acessando a página <a href="http://www.primaveradoleste.mt.gov.br">http://www.primaveradoleste.mt.gov.br</a> , local: “CIDADÃO” – “Editais e Licitações”.	
Quando da retirada do edital, enviar recibo à Prefeitura de Primavera do Leste via e-mail: <a href="mailto:licita3@pva.mt.gov.br">licita3@pva.mt.gov.br</a> , conforme modelo da página 02 deste Edital, para eventuais informações aos interessados, quando necessário.	

<b>AVISO DE ABERTURA</b>	
<b>PREGÃO PRESENCIAL Nº 035/2021 – SRP</b>	
<b>Exclusiva ME/EPP</b>	
<b>Processo nº 0440/2021</b>	
(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 Preço por Item”
Objeto:	<b>REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA E EVENTUAL AQUISIÇÃO DE UNIFORMES E (EPI) EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL. PARA ATENDER AS NECESSIDADES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE PRIMAVERA DO LESTE.</b>
<b>SESSÃO PÚBLICA PARA RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO</b>	
Dia:	30 de março de 2021
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).
<b>LOCAL, DIAS E HORÁRIOS PARA LEITURA OU OBTENÇÃO DESTE EDITAL</b>	
Dias:	Segunda a Sexta-feira (em dias de expediente)
Horários:	Das 07:00h às 13:00h.
LOCAL:	Rua Maringá, 444 – Centro – Primavera do Leste – MT (Sala do Setor de Licitações)
<b>RETIRADA DE EDITAIS PELA INTERNET</b>	
Retire o Edital acessando a página <a href="http://www.primaveradoleste.mt.gov.br">http://www.primaveradoleste.mt.gov.br</a> , local: “CIDADÃO” – “Editais e Licitações”.	
Quando da retirada do edital, enviar recibo à Prefeitura de Primavera do Leste via e-mail: <a href="mailto:licita3@pva.mt.gov.br">licita3@pva.mt.gov.br</a> , conforme modelo da página 02 deste Edital, para eventuais informações aos interessados, quando necessário.	

### RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 031/2021

Por este termo, reconheço e ratifico a proposta de contratação, decorrente do Processo 564/2021, em favor de **MR TRANSPORTE DE PACIENTES LTDA**, para prestação de serviços de enfermeiros e Técnicos de enfermagem, nos termos do art. 25 da Lei nº 8.666/93, no valor total de R\$ 717.960,00 (Setecentos e dezessete mil e novecentos e sessenta reais).

Publique-se.

Primavera do Leste, 12 de março de 2021.

**Laura Kelly Hortenci de Barros**  
Secretária Municipal de Saúde

\*original assinado nos autos do processo

## PODER LEGISLATIVO

### CÂMARA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO

#### AVISO DE LICITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL Nº 001/2021.

O pregoeiro da Câmara Municipal de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais, torna público que fará realizar a licitação a seguir caracterizada, MODALIDADE: Pregão Presencial nº001/2021.

**OBJETO:** O procedimento licitatório na modalidade pregão presencial, tipo menor preço por item, que tem por objeto o registro de preços para futura e eventual aquisição de passagens aéreas e terrestres a serem utilizadas em caso de viagens de vereadores e servidores. Registro de preços para futura e eventual contratação de empresa especializada na prestação de serviço de Agenciamento de Viagens, compreendendo os serviços de emissão, remarcação e cancelamento de passagens aéreas, terrestres nacionais, para a Câmara Municipal de Primavera do Leste Estado de Mato Grosso, conforme especificações e condições constantes no Termo de Referência n. 001/2021.

**DATA DA ABERTURA:** Dia 07/04/2021 às 08:00horas.

O procedimento licitatório obedecerá ao disposto na Lei Federal nº 10.520/2002, Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações posteriores. O Edital completo se encontra à disposição dos interessados pelo Site: [www.primaveradoleste.mt.leg.br](http://www.primaveradoleste.mt.leg.br), e via e-mail: [licitação@primaveradoleste.mt.leg.br](mailto:licitação@primaveradoleste.mt.leg.br), e na sede da Câmara Municipal de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso, localizado na Avenida Primavera, 300, no horário de expediente das 07h00 às 13h00. Maiores informações poderão ser obtidas pelos telefones, (66) 3498 3590.

Primavera do Leste, 17 de Março de 2021.

**MÔNICA CRISTINA MANSKE KRIESE**  
**PREGOEIRA – Port. 043/2021**

**PORTARIA Nº 072 DE 17 DE MARÇO DE 2021**

Exonerar servidor de cargo de provimento em comissão e dá outras providências.

**MANOEL MAZZUTTI NETO**, PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o artigo 23, anexo XV, do Regimento Interno;

**RESOLVE:**

EXONERAR, a pedido da mesma, a servidora **DANUSA GUIMARÃES**, do cargo de **ASSESSORA DE GABINETE DA PRESIDÊNCIA**, nomeada pela Portaria 065 de 22 de Fevereiro de 2021.

Registre-se,  
Publique-se.

Gabinete do Presidente da Câmara Municipal  
Em 17 de Março de 2021.

**Ver. Manoel Mazzutti Neto**  
Presidente da Câmara Municipal

**PORTARIA Nº. 073 DE 17 DE MARÇO DE 2021**

Dispõe sobre a concessão de gratificação e dá outras providências.

**MANOEL MAZZUTTI NETO**, PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o inciso III, do artigo 17, da Lei Municipal nº 1.050, de 2 de abril de 2008;

**RESOLVE:**

Conceder, “*ex officio*” GRATIFICAÇÃO DENOMINADA PELA SIGLA “FG”, no percentual de 25%, a servidora **JOSENITA FERNANDES FRASÃO**, em decorrência de a mesma acumular tarefas, conforme dispõe a Portaria 069/2021.

REGISTRA-SE, PUBLICA-SE, CUMpra-SE.  
Primavera do Leste, MT.  
Em 17 de Março de 2021.

**MANOEL MAZZUTTI NETO**  
Vereador Presidente

**IMPREV****PORTARIA Nº. 006/2021.**

“Dispõe sobre averbação de Tempo de Contribuição, não concomitante, em favor da **Sra. Marlene Pires de Sousa**, servidora pública EFETIVA deste município.”

**O Diretor Executivo do Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos Municipais de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso**, no uso de suas atribuições legais e;

**Resolve:**

**Art. 1º** - Averbar o tempo de contribuição não concomitante ao período trabalhado no Município de Primavera do Leste pela servidora EFETIVA Sra. Marlene Pires de Sousa, brasileira, divorciada, portadora da cédula de identidade RG nº 2666167-5 SESP/MT e do CPF nº 328.928.291-00, matrícula nº 1054/1, equivalente a 2493 (dois mil quatrocentos e noventa e três) dias líquidos, ou seja, 06 (seis) anos, 10 (dez) meses e 03 (três) dias, conforme Certidão Original de Tempo de Contribuição nº 10001260.1.00075/16-0, expedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e 584 (quinhentos e oitenta e quatro) dias, ou seja, 01 (um) ano, 07 (sete) meses e 09 (nove) dias conforme Certidões de Tempo de Contribuições sob nº 029593/2018 e 018987/2013 emitidas pelo Governo do Estado de Mato Grosso –MTPREV.

**Art. 2º** - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogam-se as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Primavera do Leste/MT, 03 de março de 2021.

**ADVANILSON ROSA SAMPAIO**

**Diretor Executivo**

**Homologo:**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**

**Prefeito Municipal**

**PORTARIA N.º 007/2021**

*“Dispõe sobre a concessão do benefício de Aposentadoria por Tempo de Contribuição a servidora Sra. Marlene Pires de Sousa.”*

**O Diretor Executivo do Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos Municipais de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso**, no uso de suas atribuições legais e;

Considerando o §9º do artigo 4º da Emenda Constitucional n. 103/2019, o disposto no Art. 6º incisos I, II, III e IV da Emenda Constitucional n.º 41/2003; e art. 98 da Lei n.º 1.662 de 13/12/2016 que dispõe sobre a Previdência Social dos Servidores Públicos do Município de Primavera do Leste; Lei n.º 704 de 20 de dezembro de 2001, que dispõe sobre a estruturação do plano de cargos, carreira e vencimentos dos servidores municipais; e último reajuste concedido pela Lei n.º 1.891 de 02 de abril de 2020, que dispõe sobre a Revisão Geral Anual da Remuneração dos Servidores do Município de Primavera do Leste, referente ao exercício de 2020;

**Resolve:**

**Art. 1º.** Conceder o benefício de Aposentadoria por Tempo de Contribuição, a **Sra. Marlene Pires de Sousa**, brasileira, divorciada, portadora da cédula de identidade n.º 2666167-5 SESP/MT e inscrita no CPF n.º 328.928.291-00, servidora efetiva no cargo de Professor, Faixa salarial C\_30\_8, lotada na Secretaria Municipal de Educação, com carga horária de 30 horas semanais, matriculada sob n.º 1054/1, contando com 30 (trinta) anos e 12 (doze) dias de tempo de contribuição, com proventos integrais, com base na última remuneração da servidora no cargo efetivo, conforme processo administrativo do IMPREV, n.º 2021.04.00005P, a partir da data de **04/03/2021**, até posterior deliberação.

**Art. 2º.** Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Registre-se, publique-se, cumpra-se.

Primavera do Leste - MT, 03 de março de 2021.

**ADVANILSON ROSA SAMPAIO**

**Diretor Executivo**

**Homologo:**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**

**Prefeito Municipal**

**PORTARIA N.º 008/2021**

*“Dispõe sobre averbação de Tempo de Contribuição, não concomitante, em favor da Sra. Neusa Pienz, servidora pública EFETIVA deste município.”*

**O Diretor Executivo do Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos Municipais de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso**, no uso de suas atribuições legais e;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Averbar o tempo de contribuição não concomitante ao período trabalhado no Município de Primavera do Leste pela servidora EFETIVA **Sra. Neusa Pienz**, brasileira, união estável, portadora da cédula de identidade RG n.º 6021392623 SSP/RS e do CPF n.º 391.145.460-00, matrícula n.º 494/1, equivalente a 1535 (um mil quinhentos e trinta e cinco) dias líquidos, ou seja, 04 (quatro) anos, 02 (dois) meses e 15 (quinze) dias, conforme Certidão Original de Tempo de Contribuição n.º 10001260.1. 00003/17-7, expedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, 306 (trezentos e seis) dias, ou seja, 10 (dez) meses e 06 (seis) dias, conforme Certidões de Tempo de Contribuições sob n.º 027065/2017 emitida pelo Governo do Estado de Mato Grosso –MTPREV e 592 (quinhentos e noventa e dois) dias, ou seja, 01 (um) ano, 07 (sete) meses e 17 (dezesete) dias, conforme Certidões de Tempo de Contribuições sob n.º 1.450/2019 emitidas pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul –AGEPREV.

**Art. 2º** - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogam-se as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Primavera do Leste/MT, 09 de março de 2021.

**ADVANILSON ROSA SAMPAIO**

**Diretor Executivo**

**Homologo:**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**

**Prefeito Municipal**

**PORTARIA N.º 009/2021**

*“Dispõe sobre a concessão do benefício de Aposentadoria por Tempo de Contribuição a servidora Sra. Neusa Pienz.”*

**O Diretor Executivo do Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos Municipais de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais e;**

Considerando o §9º do artigo 4º da Emenda Constitucional n. 103/2019, o disposto no Art. 6º incisos I, II, III e IV, da Emenda Constitucional n.º 41/2003; e art. 98 da Lei n.º 1.662 de 13/12/2016 que dispõe sobre a Previdência Social dos Servidores Públicos do Município de Primavera do Leste; ATS conforme art. 81 da Lei Municipal n.º 679 de 25 de setembro de 2001, Lei Municipal n.º 704 de 20 de dezembro de 2001 que dispõe sobre a estruturação do plano de cargos, carreira e vencimentos dos servidores públicos do poder executivo do Município de Primavera e o último reajuste concedido pela Lei n.º 1.891 de 02 de abril de 2020, que dispõe sobre a Revisão Geral Anual da Remuneração dos Servidores do Município de Primavera do Leste, referente ao exercício de 2020;

**Resolve:**

**Art. 1º.** Conceder o benefício de Aposentadoria por Tempo de Contribuição, a **Sra. Neusa Pienz**, brasileira, união estável, portadora da cédula de identidade n.º 6021392623 SSP/RS e inscrita no CPF n.º 391.145.460-00, servidora efetiva no cargo de Supervisora Educacional, Faixa salarial C\_20\_8, lotada na Secretaria Municipal de Educação, com carga horária de 20 horas semanais, matriculada sob n.º 494/1, contando com 30 (trinta) anos, 08 (oito) meses e 16 (dezesesseis) dias de tempo de contribuição, com proventos integrais, com base na última remuneração da servidora no cargo efetivo, conforme processo administrativo do IMPREV, n.º 2021.04.00007P, a partir da data de **12/03/2021**, até posterior deliberação.

**Art. 2º.** Esta portaria entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Registre-se, publique-se, cumpra-se.

Primavera do Leste - MT, 09 de março de 2021.

**ADVANILSON ROSA SAMPAIO**

**Diretor Executivo**

**Homologo:**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**

**Prefeito Municipal**



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.