

# Diário Oficial



DIOPRIMA - Diário Oficial de Primavera do Leste - MT • Primavera do Leste - MT, 15 de Abril de 2021 • Edição Extraordinária 1943 • Ano XV • Lei nº 946 de 21 de setembro de 2006.

## PODER EXECUTIVO

### EDITAIS

#### CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2019

Edital de Convocação nº. 111, de 15 de abril 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 0262/2021/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de MÉDICO 40 HORAS – CLÍNICO GERAL;

Considerando o Ofício nº 064/2021 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 354/2021 publicada no DIOPRIMA - Edição 1918 de 19 de março de 2021.

**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, após prévio agendamento via e-mail [crh@pva.mt.gov.br](mailto:crh@pva.mt.gov.br) - em casos de dúvidas ligar de segunda-feira à sexta-feira das 7:00 horas às 13:00 horas no telefone (66) 3498-3333 ramal 235, 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
183816	ULYSSES PEREIRA BORGES

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 15 de abril 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>	<b>1.Documentos do item I;</b> <ol style="list-style-type: none"><li>2.Carteira de Identidade Profissional* ou Certidão comprobatória de registro no respectivo Conselho de Classe;</li><li>3.Declaração de não estar cumprindo penalidade imposta após regular processo administrativo, que o impeça, ainda que temporariamente, de exercer a profissão;</li><li>4.Certidão de quitação com as demais obrigações legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.</li></ol>
<b>III – Para os cargos de Motorista, operador de Maquinas e os que exigem porte de CNH</b>	<b>1.Documentos constantes do item I;</b> <ol style="list-style-type: none"><li>2.Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li><li>3.Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li></ol>

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.

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

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

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO ESTÁ em disponibilidade, em licença para tratar de interesse particular, nem OCUPA NENHUM** cargo, função ou emprego público junto à Administração Pública Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, de conformidade com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal de 1988.

**DECLARA**, outrossim, **QUE NÃO PERCEBE** proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da CF/88, que seja **inacumulável** com a carreira em que tomará posse.

**DECLARA**, mais, estar ciente de que deve comunicar à Prefeitura Municipal de Primavera do Leste qualquer alteração que venha a ocorrer em sua vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de responder processo administrativo disciplinar previsto na Lei Municipal nº 679 de 25 de setembro de 2001.

**DECLARA**, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando-se às penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

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

Primavera do Leste - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO FOI DEMITIDO POR JUSTA CAUSA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO FUI**, demitido(a) por justa causa em decorrência de processo administrativo ou criminal do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, da administração direta ou indireta, e que não me encontro respondendo a nenhum processo dessa natureza.

**DECLARO** ainda, ter ciência de que a não veracidade da informação prestada poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

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

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

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

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**ANEXO VI**  
**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO**  
**DA CAPACIDADE DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL**

Senhor(a) Candidato(a)

**Esta declaração é pessoal e deve corresponder com a realidade fática. Esse documento é sigiloso e permanecerá em seus assentos funcionais. Em caso de informações falsas será apurada em data oportuna, através de instrumento próprio, sem prejuízo de responsabilização cível e criminal.**

Nome:		
Idade:	Sexo: ( ) F ( ) M	Cargo:
RG:	CPF:	

Responda as perguntas abaixo:

- 1) Você tem apresentado ou já apresentou alterações de saúde?  
 Sim  Não  
 Se sim, descrevê-las (quando, como, por que, etc.):
- 2) Quando você procurou atendimento médico (clínico geral ou especialista) para verificar os sintomas?  
 Nunca  Nos últimos 2 anos  Nos últimos 5 anos  Não sei
- 3) Está em uso de medicamentos nos últimos 30 dias?  sim  não  
 Se sim, descrever: quais medicações, quando começou a tomar, por quanto tempo deverá fazer uso, se o medicamento é continuado.
- 4) Faz tratamento de saúde fora do domicílio?  sim  não  
 Em caso afirmativo, citar o Município e Estado:
- 5) Você já foi internado em hospital?  Sim  Não  
 Quando e porque?
- 6) Você apresenta deficiência auditiva ou visual?  
 Sim  Não  Não sei  As vezes Qual?
- 7) Você apresenta 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. 112, de 15 de abril 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 0276/2021/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de ENFERMEIRO PADRÃO;

Considerando o Ofício nº 073/2021 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 385/2021 publicada no DIOPRIMA - Edição Extraordinária 1939 de 09 de abril de 2021.

**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, após prévio agendamento via e-mail [crh@pva.mt.gov.br](mailto:crh@pva.mt.gov.br) - em casos de dúvidas ligar de segunda-feira à sexta-feira das 7:00 horas às 13:00 horas no telefone (66) 3498-3333 ramal 235, 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**

ENFERMEIRO PADRÃO	
INSC.	NOME
216924	CLEITON PARDINHO SANTOS

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
 Em 15 de abril 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 oncótica (mulheres acima dos 35 anos de idade);</li> <li>7. Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI</li> </ol>
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Eletroencefalograma com avaliação neurológica;</li> <li>3. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li> <li>4. Audiometria total.</li> </ol>
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Coprocultura;</li> <li>3. VDRL;</li> <li>4. Protoperasitologia;</li> <li>5. Urina tipo I</li> </ol>
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.</li> </ol>
<b>V – Para os cargos de professor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Exame otorrinolaringológico de cordas vocais;</li> <li>3. Audiometria (com laudo fonoaudiológico);</li> <li>4. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li> <li>5. EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico).</li> </ol>

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO ESTÁ em disponibilidade, em licença para tratar de interesse particular, nem OCUPA NENHUM** cargo, função ou emprego público junto à Administração Pública Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, de conformidade com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal de 1988.

**DECLARA**, outrossim, **QUE NÃO PERCEBE** proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da CF/88, que seja **inacumulável** com a carreira em que tomará posse.

**DECLARA**, mais, estar ciente de que deve comunicar à Prefeitura Municipal de Primavera do Leste qualquer alteração que venha a ocorrer em sua vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de responder processo administrativo disciplinar previsto na Lei Municipal nº 679 de 25 de setembro de 2001.

**DECLARA**, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando-se às penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

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

Primavera do Leste - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## ANEXO IV

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO FUI**, demitido(a) por justa causa em decorrência de processo administrativo ou criminal do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, da administração direta ou indireta, e que não me encontro respondendo a nenhum processo dessa natureza.

**DECLARO** ainda, ter ciência de que a não veracidade da informação prestada poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as 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. 113, de 15 de abril 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 0275/2021/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de FARMACÊUTICO;

Considerando o Ofício nº 071/2021 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 384/2021 publicada no DIOPRIMA - Edição Extraordinária 1939 de 09 de abril de 2021.

**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, após prévio agendamento via e-mail [crh@pva.mt.gov.br](mailto:crh@pva.mt.gov.br) - em casos de dúvidas ligar de segunda-feira à sexta-feira das 7:00 horas às 13:00 horas no telefone (66) 3498-3333 ramal 235, 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**

FARMACÊUTICO	
INSC.	NOME
211736	JULIO CEZAR DIONEZIO

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**  
Em 15 de abril 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);</li> <li>Raios-X do tórax PA (com laudo)</li> <li>Colpocitologia oncótica (mulheres acima dos 35 anos de idade);</li> <li>Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI</li> </ol>
<b>II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exames atestados no item I;</li> <li>Eletroencefalograma com avaliação neurológica;</li> <li>Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li> <li>Audiometria total.</li> </ol>
<b>III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exames atestados no item I;</li> <li>Coprocultura;</li> <li>VDRL;</li> <li>Protoparasitologia;</li> <li>Urina tipo I</li> </ol>
<b>IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exames atestados no item I;</li> <li>Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.</li> </ol>
<b>V – Para os cargos de professor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exames atestados no item I;</li> <li>Exame otorrinolaringológico de cordas vocais;</li> <li>Audiometria (com laudo fonoaudiológico);</li> <li>Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li> <li>EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico);</li> </ol>

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO ESTÁ em disponibilidade, em licença para tratar de interesse particular, nem OCUPA NENHUM** cargo, função ou emprego público junto à Administração Pública Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, de conformidade com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal de 1988.

**DECLARA**, outrossim, **QUE NÃO PERCEBE** proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da CF/88, que seja **inacumulável** com a carreira em que tomará posse.

**DECLARA**, mais, estar ciente de que deve comunicar à Prefeitura Municipal de Primavera do Leste qualquer alteração que venha a ocorrer em sua vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de responder processo administrativo disciplinar previsto na Lei Municipal nº 679 de 25 de setembro de 2001.

**DECLARA**, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando-se às penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

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

Primavera do Leste - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO FOI DEDITADO POR JUSTA CAUSA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO FUI**, demitido(a) por justa causa em decorrência de processo administrativo ou criminal do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, da administração direta ou indireta, e que não me encontro respondendo a nenhum processo dessa natureza.

**DECLARO** ainda, ter ciência de que a não veracidade da informação prestada poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as 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. 114, de 15 de abril 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 0169/2021/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de MOTORISTA – categoria "E";

Considerando o Ofício nº 042/2021 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 307/2021 publicada no DIOPRIMA - Edição 1893 de 24 de fevereiro de 2021.

**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, após prévio agendamento via e-mail [crh@pva.mt.gov.br](mailto:crh@pva.mt.gov.br) - em casos de dúvidas ligar de segunda-feira à sexta-feira das 7:00 horas às 13:00 horas no telefone (66) 3498-3333 ramal 235, 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

MOTORISTA – Categoria "E"	
INSC.	NOME
206620	VANDERLEI ANTONIO COLLE

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL**

Em 15 de abril 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>1. Cédula de Identidade ou carteira de Identidade Profissional, se for o caso; *</li> <li>2. CPF; *</li> <li>3. 2 fotos 3x4 recente;</li> <li>4. Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso na área de atuação exigida no Edital, reconhecido pelo MEC; *</li> <li>5. Carteira de Trabalho (página de identificação do trabalhador frente e verso);</li> <li>6. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP;</li> <li>7. Certidão de nascimento ou casamento ou averbação, se houver; *</li> <li>8. Certidão de Quitação Eleitoral;*</li> <li>9. Certificado de Reservista, de isenção ou de dispensa do Serviço Militar (se do sexo masculino);*</li> <li>10. Comprovante de endereço atualizado;</li> <li>11. CPF do cônjuge;</li> <li>12. CPF do pai e da mãe;</li> <li>13. CPF dos filhos dependentes;</li> <li>14. Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 anos;</li> <li>15. Carteira de vacinação para filhos menores de 14 anos;</li> <li>16. Comprovante de conta bancária, no Banco que administra a folha de salários;</li> <li>17. Atestado de Sanidade e Capacidade Física APTO (original) expedido pela Junta de Perícias Médicas do Município;</li> <li>18. Exames Médicos, conforme Anexo II;</li> <li>19. Declaração de não acúmulo de cargo - Anexo III;</li> <li>20. Declaração de que não foi demitido por justa causa – Anexo IV;</li> <li>21. Declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e de seus dependentes – Anexo V;</li> <li>22. Questionário para avaliação da capacidade de saúde física e mental – Anexo VI;</li> <li>23. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Estadual dos lugares que residiu nos últimos 05 anos;</li> <li>24. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Federal dos lugares que residiu nos últimos 05 anos;</li> <li>25. Outros que estiverem presentes no edital do Concurso.</li> </ol>
II – Para os cargos com profissão regulamentada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos do item I;</li> <li>2. Carteira de Identidade Profissional* ou Certidão comprobatória de registro no respectivo Conselho de Classe;</li> <li>3. Declaração de não estar cumprindo penalidade imposta após regular processo administrativo, que o impeça, ainda que temporariamente, de exercer a profissão;</li> <li>4. Certidão de quitação com as demais obrigações legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.</li> </ol>
III – Para os cargos de Motorista, operador de Máquinas e os que exigem porte de CNH	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos constantes do item I;</li> <li>2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li> <li>3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li> </ol>

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.

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

I – Para todos os cargos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemograma completo;</li> <li>2. Tipagem sanguínea;</li> <li>3. Glicemia (em jejum);</li> <li>4. Eletrocardiograma (com avaliação cardiológica, se patológico, definir o grau);</li> <li>5. Raios-X do tórax PA (com laudo)</li> <li>6. Colpocitologia oncológica (mulheres acima dos 35 anos de idade);</li> <li>7. Avaliação Psicológica, a partir da aplicação de teste do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI</li> </ol>
II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Eletroencefalograma com avaliação neurológica;</li> <li>3. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li> <li>4. Audiometria total.</li> </ol>
III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Coprocultura;</li> <li>3. VDRL;</li> <li>4. Protoparasitologia;</li> <li>5. Urina tipo I</li> </ol>
IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.</li> </ol>
V – Para os cargos de professor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames atestados no item I;</li> <li>2. Exame otorrinolaringológico de cordas vocais;</li> <li>3. Audiometria (com laudo fonoaudiológico);</li> <li>4. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho;</li> <li>5. EEG (Eletroencefalograma com parecer neurológico);</li> </ol>

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

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO ESTÁ em disponibilidade, em licença para tratar de interesse particular, nem OCUPA NENHUM** cargo, função ou emprego público junto à Administração Pública Direta, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas, Sociedade de Economia Mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, de conformidade com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal de 1988.

**DECLARA**, outrossim, **QUE NÃO PERCEBE** proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da CF/88, que seja **inacumulável** com a carreira em que tomará posse.

**DECLARA**, mais, estar ciente de que deve comunicar à Prefeitura Municipal de Primavera do Leste qualquer alteração que venha a ocorrer em sua vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de responder processo administrativo disciplinar previsto na Lei Municipal nº 679 de 25 de setembro de 2001.

**DECLARA**, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando-se às penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

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

Primavera do Leste - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**ANEXO IV****DECLARAÇÃO DE QUE NÃO FOI DEMITIDO POR JUSTA CAUSA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF sob o nº \_\_\_\_\_, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_ do Quadro de Servidores da Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, **QUE NÃO FUI**, demitido(a) por justa causa em decorrência de processo administrativo ou criminal do Serviço Público Federal, Estadual ou Municipal, da administração direta ou indireta, e que não me encontro respondendo a nenhum processo dessa natureza.

**DECLARO** ainda, ter ciência de que a não veracidade da informação prestada poderá acarretar responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as consequências previstas em lei.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

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

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

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

DISCRIMINAÇÃO DO BEM	VALOR (R\$)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Declarante

**ANEXO VI****QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL**

Senhor(a) Candidato(a)

**Esta declaração é pessoal e deve corresponder com a realidade fática. Esse documento é sigiloso e permanecerá em seus assentos funcionais. Em caso de informações falsas será apurada em data oportuna, através de instrumento próprio, sem prejuízo de responsabilização cível e criminal.**

Nome:		
Idade:	Sexo: ( ) F ( ) M	Cargo:
RG:	CPF:	

Responda as perguntas abaixo:

1) Você tem apresentado ou já apresentou alterações de saúde?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, descrevê-las (quando, como, por que, etc.):

2) Quando você procurou atendimento médico (clínico geral ou especialista) para verificar os sintomas?

( ) Nunca ( ) Nos últimos 2 anos ( ) Nos últimos 5 anos ( ) Não sei

3) Está em uso de medicamentos nos últimos 30 dias? ( ) sim ( ) não  
Se sim, descrever: quais medicações, quando começou a tomar, por quanto tempo deverá fazer uso, se o medicamento é continuado.

4) Faz tratamento de saúde fora do domicílio? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, citar o Município e Estado:

5) Você já foi internado em hospital? ( ) Sim ( ) Não

Quando e porque?

6) Você apresenta deficiência auditiva ou visual?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei ( ) As vezes Qual?

7) Você apresenta 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

## RESOLUÇÕES

### RESOLUÇÃO Nº. 131/2021/CMS/PVA/SUS.

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

**Considerando** a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

**Considerando** a Secretaria Municipal de Saúde ser responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde do Município e, como tal, detém a competência de coordenar, formular, articular, executar, supervisionar e controlar as ações e serviços de saúde em âmbito Municipal.

**Considerando** o processo de Monitoramento e Avaliação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2019, prevista na Resolução CIT nº 05, de 19 de junho de 2013, o Ministério da Saúde;

**Considerando** a Solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, ao CMS para análise e posterior aprovação do Relatório dos Indicadores Municipais da Saúde pactuados para o ano de 2021, SISPACTO, apresentadas na reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde online, respeitando as normas necessárias de resguardo e prevenção da disseminação da COVID-19. Realizada no dia (15) Quinze de Abril de 2021;

#### RESOLVE:

**Art. 1º** Aprovar as Metas, Objetivos e Indicadores da Secretaria Municipal de Saúde de Primavera do Leste, SISPACTO para o ano de 2021.

**Art. 2º** Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua aprovação

**Art. 3º** Revogam-se as disposições em contrário.

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

Primavera do leste, 15 de Abril de 2021.

**JANAINE PRUDENTE NEVES**  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

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

**Homologado:**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
Prefeito Municipal Primavera do Leste- MT

### RESOLUÇÃO Nº. 132/2021/CMS/PVA/SUS.

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

**Considerando** a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

**Considerando** as disposições da Lei nº 13.979 de 6 de Fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, em seu Art. 4º "é dispensável a licitação para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus de que esta Lei";

**Considerando** a Portaria nº 356/GM/MS de 11 de março de 2020 que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

**Considerando** a publicação do Decreto Estadual nº 407 de 20 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (2019-nCoV) a serem adotadas pelo Poder Executivo do Estado de Mato Grosso, e dá outras providências em seu Art. 4º "fica autorizada a realização de despesas, inclusive com dispensa de licitação, para aquisição de bens/serviços/insumos de saúde, bem como a Contratualização de serviços de saúde, destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de que trata este Decreto, mediante prévia justificativa da área competente, ratificada pelo Secretário de Estado de Saúde, com fundamento no art. 4º da Lei Federal nº. 13.979 de 06 de fevereiro de 2020;

**Considerando** o Decreto Municipal nº 1.901, de 23 de março de 2020, que dispõe em seu artigo 8º que Fica autorizada a realização de despesas, inclusive com dispensa de licitação, para aquisição de bens/serviços/insumos de saúde, bem como a contratualização de serviços de saúde, destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de que trata este Decreto, mediante prévia justificativa da área competente, ratificada por ato da Secretária de Saúde, com fundamento no Art. 4º da Lei Federal nº 13.979/2020.

**Considerando**, o aumento de casos de pacientes de forma significativa contaminados pelo COVID-19 com quadros de piora da doença, tendo evolução para Unidade de Terapia Intensiva dentro do Estado de Mato Grosso, assim como a nível mundial.

**Considerando** a Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Primavera do Leste, realizada em 15/04/2021 de forma online, respeitando as normas necessárias de resguardo e prevenção da disseminação da COVID-19. Que dentre outras pautas apreciou: **A solicitação de Autorização junto a Secretaria Estadual de Saúde de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar e Leitos de Internação Clínica de Baixa Complexidade e Oxigenoterapia conforme Portaria 138/2021/GBSES: Pautas esta acima citada para conhecimento dos conselheiros.**

#### RESOLVE:

**Art. 1º** Aprovar a Autorização de Funcionamento de 06 Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar na UPA 24 hs Dr. Thiago Fernando Sandri dos Santos, 07 Leitos Internação Clínica de Baixa Complexidade e Oxigenoterapia na UPA 24 hs Dr. Thiago Fernando Sandri dos Santos e 15 Leitos Internação Clínica de baixa Complexidade e Oxigenoterapia no Centro de Apoio a Paciente com COVID-19 III Milênio.

**Art. 2º** As despesas para manutenção Leitos adicionais serão provenientes de Recurso Estadual.

**Art. 3º** Revogam-se as disposições em contrário.

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

Primavera do leste, 15 de Abril de 2021.

**JANAINE PRUDENTE NEVES**  
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

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

**Homologado:**

**LEONARDO TADEU BORTOLIN**  
Prefeito Municipal Primavera do Leste- MT

**PREGÃO / LICITAÇÃO****PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE - MT  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES  
NOTIFICAÇÃO****Tomada de Preço nº 0009/2018****Processo nº 1729/2018****LICITANTE:** MARIA BRITO OLIVEIRA DA MATA - ME, inscrita no CNPJ Nº 09.666.823/0001-25, I. E. nº 013357608.**OBJETO DO PROCESSO:** O objeto do presente instrumento é à Contratação de empresa especializada no ramo de construção civil, compreendendo mão de obra e material, para construção de Complexo Esportivo, Educacional, Recreativo, e de Lazer no Bairro Primavera III, conforme discriminação e especificações constantes do Projeto no Memorial Descritivo, Planilha Orçamentária e Cronograma físico-financeiro em anexo, parte integrante do edital correspondente, mediante o regime empreitada por preço global**DO ATO:** Trata-se de NOTIFICAÇÃO enviada à licitante acima qualificada, a fim de que exerça seu direito de ampla defesa conforme exposto no §2º art. 87 da Lei 8.666/93.**FUNDAMENTO LEGAL:** Art. 87, III da Lei Federal nº 8.666/1993, artigo 7 da Lei nº 10.520/2002 e edital da Tomada de Preço nº 009/2018

Primavera do Leste, - MT, 15 de abril de 2021.

**ADRIANO CONCEIÇÃO DE PAULA**  
COORDENADOR DE LICITAÇÃO  
PORTARIA Nº 006/2021**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE - MT  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES  
NOTIFICAÇÃO****Tomada de Preço nº 013/2020****Processo nº 1005/2020****LICITANTE:** WN CONSTRUÇÕES EIRELI, inscrita no CNPJ Nº 19.699.306/0001-06.**OBJETO DO PROCESSO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EXECUÇÃO DE OBRA DE ENGENHARIA EM REGIME DE EMPREITADA POR PREÇO UNITÁRIO, VISANDO A EXECUÇÃO DO REMANESCENTE DA OBRA PARA CONSTRUÇÃO DA UNIDADE DO CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I, LOCALIZADA NO BAIRRO CASTELÂNDIA, EM PRIMAVERA DO LESTE - MT, FORNECENDO OS MATERIAIS, MÃO DE OBRA, EQUIPAMENTOS, MAQUINÁRIOS E TUDO QUE SE FIZER NECESSÁRIO PARA A PERFEITA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, CONFORME PROJETOS, MEMORIAL DESCRITIVO, EDITAL E SEUS ANEXOS.**DO ATO:** Trata-se de NOTIFICAÇÃO enviada à licitante acima qualificada, a fim de que exerça seu direito de ampla defesa conforme exposto no §2º art. 87 da Lei 8.666/93.**FUNDAMENTO LEGAL:** Art. 87, III da Lei Federal nº 8.666/1993, artigo 7 da Lei nº 10.520/2002 e edital da Tomada de Preço nº 013/2020

Primavera do Leste, - MT, 15 de abril de 2021.

**ADRIANO CONCEIÇÃO DE PAULA**  
COORDENADOR DE LICITAÇÃO  
PORTARIA Nº 006/2021**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE - MT  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÕES  
NOTIFICAÇÃO****Tomada de Preço nº 0014/2019****Processo nº 0278/2019****LICITANTE:** MARIA BRITO OLIVEIRA DA MATA - ME, inscrita no CNPJ Nº 09.666.823/0001-25, I. E. nº 013357608.**OBJETO DO PROCESSO:** CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA EXECUÇÃO DE OBRA DE ENGENHARIA VISANDO REFORMAR E AMPLIAÇÃO DO CENTRO CULTURAL, LOCALIZADO NA AV. BRASIL, Nº 314, QUADRA 32 LOTE 7, 8 E 9, PARQUE CASTELÂNDIA, COM FORNECIMENTO DOS MATERIAIS, MÃO DE OBRA, EQUIPAMENTOS E TUDO O MAIS QUE SE FIZER BOM E NECESSÁRIO PARA A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS, CONFORME PROJETOS; PLANILHA ORÇAMENTÁRIA; ESPECIFICAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS CONSTANTES DOS ANEXOS DESTA EDITAL.**DO ATO:** Trata-se de NOTIFICAÇÃO enviada à licitante acima qualificada, a fim de que exerça seu direito de ampla defesa conforme exposto no §2º art. 87 da Lei 8.666/93.**FUNDAMENTO LEGAL:** Art. 87, III da Lei Federal nº 8.666/1993, artigo 7 da Lei nº 10.520/2002 e edital da Tomada de Preço nº 009/2018

Primavera do Leste, - MT, 15 de abril de 2021.

**ADRIANO CONCEIÇÃO DE PAULA**  
COORDENADOR DE LICITAÇÃO  
PORTARIA Nº 006/2021**TERMO DE REVOGAÇÃO**  
**PREGÃO PRESENCIAL Nº 006/2021**  
**PROCESSO Nº 0014/2021**A Prefeitura Municipal de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso, torna público para conhecimento dos interessados que, com base no Ofício nº 096/2021/SMAD/COMPRAS, a licitação supracitada tendo como objeto Processo Licitatório, modalidade Registro de preços para futura e eventual aquisição de Bandeiras e Mastros, para suprir as necessidades das diversas Secretarias Municipais, de acordo com a Súmula 473 do STF, e artigo 49 "caput" da Lei 8.666/93, resolve: **REVOGAR** em todos os seus termos, por interesse público e da administração, o processo licitatório tombado sob o nº 0014/2021, Pregão Presencial 006/2021.

Primavera do Leste- MT, 15 de abril de 2021.

\*Leonardo Tadeu Bortolin  
**Prefeito Municipal**

\*Original assinado nos autos do processo.

<b>AVISO DE ABERTURA</b> <b>PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2021</b> <b>Com Itens Exclusivo ME/EPP e Ampla Participação</b> <b>Processo nº 0002/2021</b>	
(Regido pela Lei nº 10.520/2002, Decreto 10.024/19 e subsidiariamente, pelas Leis nº 8.666/93, Lei Federal nº 13.979/2020, nº 9.784/99, LC 123/06 e suas alterações e demais legislação complementar).	
Tipo:	“MENOR PREÇO POR ITEM”
Objeto:	<b>CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LIMPEZA HOSPITALAR, CONSERVAÇÃO, DESINFECÇÃO E ASSEIO PREDIAL NAS ÁREAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRIMAVERA DO LESTE PARA ATENDER AS NECESSIDADES DAS UNIDADES DE SAÚDE PERTENCENTES À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, TENDO A PESSOA JURÍDICA A SER CONTRATADA A INTEIRA RESPONSABILIDADE EM FORNECER TODOS OS MATERIAIS DE LIMPEZA, MATERIAIS DOMISANITÁRIOS, PRODUTOS QUÍMICOS, EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS, BEM COMO TODO PESSOAL ESPECIALIZADO PARA O CONTROLE E A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS.</b>
<b>SESSÃO PÚBLICA PARA DISPUTA DE LANCES</b>	
Dia:	30 de abril de 2021
Hora:	08:30 horas (Horário de Brasília – DF)
Site:	<a href="http://www.licitanet.com.br">www.licitanet.com.br</a>
Local:	Rua Maringá, 444 – Centro – Primavera do Leste – MT (Sala 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 07:00 às 13:00 – Horário local.
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 “ <b>CIDADÃO – Editais e Licitações</b> ”.	
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 do <b>Anexo VIII</b> deste Edital, para eventuais informações aos interessados, quando necessário.	



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.

