CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2019

Edital de Convocação nº. 520, de 27 de novembro de 2023.

LEONARDO TADEU BORTOLIN , **PREFEITO MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE, ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o que determina o Artigo 37, item II da Constituição Federal, artigo 45 da Lei Municipal nº 679/2001.

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

Considerando o Ofício nº 2101/2023/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.

Resolve,

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 11:00, 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

ENFERMEIRO PADRÃO	
INSC.	**NOME**
216166	GISELE DE OLIVEIRA FONZAR

Este Edital entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL
Em 27 de novembro de 2023.

HÉLIO SCHNEIDER PAULUS NETO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO SUBSTITUTO

ANEXO I

DOS DOCUMENTOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE

I – Para todos os cargos	1. Cédula de Identidade ou carteira de Identidade Profissional, se for o caso; * 2. CPF; * 3. 2 fotos 3x4 recente; 4. Diploma ou Certificado de Conclusão de Curso na área de atuação exigida no Edital, reconhecido pelo MEC; * 5. Carteira de Trabalho (página de identificação do trabalhador frente e verso); 6. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP; 7. Certidão de nascimento ou casamento ou averbação, se houver; * 8. Certidão de Quitação Eleitoral; 9. Certificado de Reservista, de isenção ou de dispensa do Serviço Militar (se do sexo masculino);* 10. Comprovante de endereço atualizado; 11. CPF do cônjuge; 12. CPF do pai e da mãe; 13. CPF dos filhos dependentes; 14. Certidão de nascimento dos filhos menores de 18 anos; 15. Carteira de vacinação para filhos menores de 14 anos; 16. Comprovante de conta bancária, no banco que administra a folha de salários; 17. Atestado de Sanidade e Capacidade Física APTO (original) expedido pela Junta de Perícias Médicas do Município; 18. Exames Médicos, conforme Anexo II; 19. Declaração de não acúmulo de cargo - Anexo III; 20. Declaração de que não foi demitido por justa causa – Anexo IV; 21. Declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e de seus dependentes – Anexo V; 22. Questionário para avaliação da capacidade de saúde física e mental – Anexo VI; 23. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Estadual dos lugares que residiu nos últimos 05 anos; 24. Certidão negativa de antecedentes criminais de 1º e 2º grau da Justiça Federal dos lugares que residiu nos últimos 05 anos; 25. Outros que estiverem presentes no edital do Concurso.
II – Para os cargos com profissão regulamentada	1. **Documentos do item I;** 2. Carteira de Identidade Profissional* ou Certidão comprobatória de registro no respectivo Conselho de Classe; 3. Declaração de não estar cumprindo penalidade imposta após regular processo administrativo, que o impeça, ainda que temporariamente, de exercer a profissão; 4. Certidão de quitação com as demais obrigações legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.
III – Para os cargos de Motorista, operador de Maquinas e os que exigem porte de CNH	1. **Documentos constantes do item I;** 2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;* 3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).

* Documentos deverão ser autenticados em cartório.

ANEXO II

DOS EXAMES MÉDICOS PARA NOMEAÇÃO E POSSE

I – Para todos os cargos	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.
II – Para cargos cuja função seja condução de veículos – (Motorista e Operadores de Máquinas).	1. Exames atestados no item I; 2. Eletroencefalograma com avaliação neurológica; 3. Exame oftalmológico com acuidade visual e fundo de olho; 4. Audiometria total.
III – Para os cargos cuja função seja manipulação de alimentos e bebidas	1. Exames atestados no item I; 2. Coprocultura; 3. VDRL; 4. Protoparasitologia; 5. Urina tipo I
IV – Para os cargos cuja função seja limpeza e higienização de ambientes	1. Exames atestados no item I; 2. Raio X coluna Vertebral (AP e P), Cervical, Torácica e Lombo Sacral.
V – Para os cargos de professor	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 n°_____, e do CPF sob o n° _____, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de _____ do Quadro de Servidores da PrefeituraMunicipal 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 subsidiarias 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 n°_____, e do CPF sob o n° _____, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de _____ do Quadro de Servidores da PrefeituraMunicipal 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 n°_____, e do CPF sob o n° _____, **DECLARO(A)** para fins de posse no cargo de _____ do Quadro de Servidores da PrefeituraMunicipal 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 FISICA 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 domicilio? ( ) 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 freqüência 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