



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2019

Edital de Convocação nº. 523, 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 2180/2023/RH/SMS/SUS de lavra da Secretaria Municipal de Saúde o qual solicita convocação mediante Concurso Público Municipal 01/2019 para o cargo de MOTORISTA – categoria “D”.

#### Resolve,

- 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.
  - O candidato deverá apresentar os documentos constante do Anexo I;
  - 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;
- 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 “D” |                      |
|---------------------------|----------------------|
| INSC.                     | NOME                 |
| 210301                    | DANILO DA SILVA CRUZ |

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

ANEXO I

**DOS DOCUMENTOS PARA NOMEACÃO E POSSE**

|   |  |
|---|--|
| <b>I – Para todos os cargos</b>   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cédula de Identidade ou carteira de Identidade Profissional, se for o caso; *</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. <b>Documentos do item I;</b></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. <b>Documentos constantes do item I;</b></li><li>2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, categoria conforme a exigência para o cargo;*</li><li>3. Certidão de Pontuação de CNH (Através de consulta do RENACH – Registro Nacional de Carteira de Habilitação, junto ao Detran).</li></ol>   |

\* Documentos deverão ser autenticados em cartório.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

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.</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>   |



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

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 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 n° 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



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

**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 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





PREFEITURA MUNICIPAL DE PRIMAVERA DO LESTE – MT

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



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

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Quando foi a última vez? \_\_\_\_\_

11) Você tem apresentado ou já apresentou alterações emocionais e/ou de comportamento?  
( ) sim ( ) não Se sim, descrevê-las (quando, como, por que, etc.):

12) Você já necessitou ou faz algum tratamento psiquiátrico?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Qual, quando e por quê? \_\_\_\_\_

13) Está em uso ou já fez uso de medicações psicotrópicas (antidepressivos, benzodiazepínicos, barbitúricos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, etc., nos últimos 30 dias? ( ) sim ( ) não ,  
Se sim, descrever (quais medicações, quando, por quanto tempo, etc.):

14) Faz uso de álcool e/ou Substâncias Entorpecentes? ( ) sim ( ) não. Em caso afirmativo para a pergunta acima descrever a forma de uso (idade de início, quantidade e frequência de uso, prejuízos pessoais, etc.):

15) Você (Caso não se encaixar em nenhuma situação, NÃO MARCAR):

- ( ) tem dificuldade de esperar.
- ( ) age muitas vezes antes de raciocinar.
- ( ) é explosivo(a).
- ( ) come, compra e/ou joga sem muito controle.
- ( ) fica muito tenso, está o tempo todo tenso, com “os nervos à flor da pele”,
- ( ) não consegue organizar seus afazeres devido ao nervosismo, etc.
- ( ) passa mal diante de desafios,
- ( ) entristece com facilidade e tem dificuldades em reverter à tristeza.
- ( ) acha que os outros são melhores ou fazem as coisas sempre melhor do que você.
- ( ) prefere ficar mais sozinho(a).
- ( ) prefere fazer atividades mais solitárias.
- ( ) sente-se ansioso(a) diante de pessoas principalmente se não as conhece ou conhece pouco.

16) Outras anotações:

Eu \_\_\_\_\_ declaro sob pena de  
responsabilidade que as informações neste documento expressam a verdade.

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

\_\_\_\_\_  
Declarante