



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Denise

Cnpj: 03.953.718/0001-90

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA NOMEACÃO E POSSE N.º 001/2016.

DISPÕE SOBRE A CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2015.

O PREFEITO MUNICIPAL DE DENISE, ESTADO DE MATO GROSSO, SENHOR PEDRO TERCY BARBOSA, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E, CONSIDERADO O RESULTADO FINAL DO CONCURSO PÚBLICO DESTA PREFEITURA, NOS TERMO DO EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO N.º 001/2015.

Considerando a necessidade de suprir as vagas existentes no seu quadro de pessoal,

Considerando a realização das provas do Concurso Público n.º 001/2015, desta Prefeitura Municipal, nos dias 31/05/2015 e 21/06/2015;

Considerando que todas as exigências do Regulamento e do Edital do Concurso Público foram cumpridas, tendo sua homologação através do Decreto n.º 009/2015 de 15/Julho/2015;

RESOLVE:

Art. 1º- Ficam convocados (a) os (a) candidatos (a) abaixo relacionados (a) a comparecer ao edifício sede desta Prefeitura Municipal, no prazo de 30 (trinta) dias a contar deste ato.

Parágrafo Único - O não comparecimento do candidato no prazo estipulado neste artigo implicará na sua desclassificação, sendo considerado desistente da vaga.

Art. 2º - Os candidatos (a) convocados (a) são os (a) seguintes:



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Denise

Cnpj: 03.953.718/0001-90

CARGO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Classificação	Candidato	Inscrição
13º	ALCIONEIDE MENDES DA SILVA	00044

CARGO: VIGILANTE

Classificação	Candidato	Inscrição
13º	ATANAEL LEANDRO DA SILVA	00166

Art. 3º - Este ato entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Paço Municipal de Denise, Estado de Mato Grosso, aos 21 (vinte e um) dias de Janeiro do ano de 2016.

PEDRO TERCY BARBOSA
PREFEITO MUNICIPAL

Prefeitura de
DENISE
NOVOS E MELHORES DIAS VIRÃO
2013-2016



Estado de Mato Grosso
Prefeitura Municipal de Denise

Cnpj: 03.953.718/0001-90

ANEXO I

Apresentar em cópia autenticada:

Cédula de Identidade comprovando a idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos;
Cartão de Identificação do Contribuinte (CPF);
Título de eleitor;
Certidão de quitação eleitoral (Cartório Eleitoral) ou pela Internet;
Certidão de nascimento ou casamento com as respectivas averbações se for o caso;
Certificado de reservista, de dispensa de incorporação, ou outro documento de quitação com o serviço militar (para o sexo masculino)
Comprovante de endereço atualizado
Carteira de Trabalho;
Carteira Nacional de Habilitação - CNH (exigido nos cargos de motorista);
Certidão de nascimento dos filhos (se for menor de 07 anos, trazer cópia do cartão de vacina e se for de 08 a 14 anos trazer comprovante de frequência escolar junto com a certidão de nascimento);
PIS/PASEP;
Comprovante de Escolaridade (Histórico/Atestado e ou Certificado de Conclusão)
Registro no conselho da respectiva categoria quando se tratar de profissão regulamentada, incluindo-se comprovante de quitação de anuidade e certidão de regularidade;

Apresentar Originais:

Atestado de Saúde Física e Mental (Pré-Admissional), conforme modelo anexo II
Exames Laboratoriais (hemograma completo).
Certidão de Antecedentes Cíveis e Criminais;
Declaração de Bens;
Declaração de não acúmulo de cargo, emprego ou função pública;
Número da agência e conta de corrente (não pode ser poupança);
Certidão Negativa de Tributos do município de Denise – MT;
Certidão Negativa de Água e Esgoto do município de Denise – MT;
Declaração de que não é aposentado por invalidez
Declaração da disponibilidade para o cumprimento da carga horária integral estabelecida pelo órgão o qual exercerá sua função;
Foto 3x4, colorida



Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Denise

Cnpj: 03.953.718/0001-90

ANEXO II

MODELO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

ÓRGÃO EMPREGADOR:

Prefeitura Municipal de Denise-MT - CNPJ nº 03.953.718/0001-90

Nome do servidor: _____

Identidade nº _____

Data de nascimento: _____/_____/_____

CPF: _____

Função que irá exercer: _____

MOTIVO DA AVALIAÇÃO MÉDICA:

() Admissional

PROCEDIMENTO MÉDICO A QUE FOI SUBMETIDO

() Avaliação clínica e Anamnese Ocupacional

() Exame de aptidão física e mental

Exames

Complementares

Observações:

Conclusão sobre a capacidade Laborativa:

() APTO

() INAPTO

Riscos Ocupacionais

() Físicos () Ergonômicos () Químicos

() Biológicos () Acidentes () Sem Risco

Assinatura do Servidor (a)	Data: ____/____/____ Carimbo/assinatura Médico e CRM
----------------------------	---



Estado de Mato Grosso

Prefeitura Municipal de Denise

Cnpj: 03.953.718/0001-90

ÓRGÃO EMPREGADOR:

Prefeitura Municipal de Denise-MT – CNPJ nº 03.953.718/0001-90

Nome do servidor: _____

Identidade nº _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Função que irá exercer: _____

Naturalidade: _____

Antecedentes: Já teve ou tem?

() Pressão alta () Tuberculose () Alergia a medicamentos/Alimentos
() Hepatite () Asma () Pneumonia () Sífilis ou doenças sexualmente transmissíveis
() Otite () Diabetes

Intervenção cirúrgica? Sim. () Não () _____

Uso de medicamentos? Não () Sim () _____

Mulheres: Menstruação – Menarca: () Regular () Irregular () Ausente

Gestação: () P.N. () Cirúrgicos () Filhos vivos () Aborto

HISTORICO OCUPACIONAL

Empregos Anteriores – Empresa: _____

Função: _____

Tempo na empresa: _____ Turno: _____

Poeira () Ruído () Calor excessivo () Frio () Radiação ()

Alta Pressão () Baixa Pressão () Outros ()

Metais Pesados: Ácidos () Solventes orgânicos () Inseticidas () Fungicidas ()

Urinário () Outros ()

Exerce outra atividade além do emprego? Não () Sim ()

Já sofreu algum acidente do trabalho? Não () Sim () C/ afastamento ()

Encaminhado ()

Fuma? Não () Sim () Cigarro () Charuto () Cachimbo ()

Bebe? Não () Sim () destilada () fermentada () sem preferência ()

Pratica algum esporte? Não () Sim () quantas vezes por semana ()

EXAME MÉDICO

Vacinas: Anti Tetânica () Poliomielite () Tríplice () Outras: _____

Altura: _____ Peso: _____ Temperatura: _____

Pulso: _____

P.A: _____ mmHg

Cabeça – Face _____ Dentes _____

Tórax Tipo: _____ F.R. _____ Ausculta _____

Ap. Circ. Ausculta: _____

Abdomem Tipo: _____ Palpação _____

Ap. Genito Urinário: _____

Coluna Vertebral _____ Membros _____

Exames Complementares _____

Uso de lentes corretoras: Não () Sim ()

CONCLUSÃO: () APTO () INAPTO