



Estado de Mato Grosso  
***Prefeitura Municipal de Denise***

CNPJ: 03.953.718/0001-90

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA NOMEAÇÃO E POSSE Nº 002/2012.**

A Prefeitura Municipal de Denise-MT., **CONVOCA** os candidatos que foram aprovados no Concurso Público Municipal nº. 001/2011, realizado em 20/11/2011, para comparecerem no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da publicação deste edital, na Sede da Prefeitura Municipal de Denise-MT, apresentando os documentos de habilitação relacionados no Anexo I deste edital, bem como realizar exame médico admissional nos termos dos Anexos II deste edital, a fim de serem nomeados aos respectivos cargos no prazo acima estabelecido e tomarem posse no prazo máximo de 10 dias a partir da nomeação prorrogável por igual período de acordo com o interesse da Administração Pública Municipal:

**CANDIDATOS CONVOCADOS PARA TOMAR POSSE NO SERVIÇO PÚBLICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE DENISE-MT:**

<b>CLASS</b>	<b>NOME</b>	<b>CARGO</b>
02	RAFAEL AMARO DOS SANTOS	MOTORISTA
03	MARCOS ALVES RODRIGUES	MOTORISTA
04	ROSEMILDO SILVA DE ARAUJO	MOTORISTA
05	REGINALDO DE SOUSA PANSINI	MOTORISTA
06	FLAVIO GOMES ANTUNES	MOTORISTA

Para a realização do exame médico admissional os candidatos aprovados, conforme lista acima, domiciliados neste município deverão se apresentar no PSF. Os candidatos domiciliados em outra unidade da federação deverão realizar o exame médico admissional perante qualquer médico devidamente registrado no CRM (Conselho Regional de Medicina).

Todos os candidatos convocados deverão se submeter ao exame admissional em conformidade com o ANEXO II.

Será considerado desistente perdendo a vaga respectiva, o candidato aprovado que não se apresentar no prazo fixado por este edital; não se apresentar para tomar posse no prazo fixado; não comprovar os requisitos exigidos através da documentação necessária para o provimento do cargo, podendo a Prefeitura Municipal Denise/MT, convocar o candidato classificado na colocação subsequente.

Denise/MT, 02 de Fevereiro de 2012.

José Roberto Torres  
Prefeito Municipal





Estado de Mato Grosso  
***Prefeitura Municipal de Denise***

---

CNPJ: 03.953.718/0001-90

**ANEXO I**

**Apresentar em cópia em 01 via (folha A/4)**

Carteira de Identidade (RG);  
Cadastro de Pessoa Física (CPF);  
Título de Eleitor e comprovante da Justiça Eleitoral da última eleição;  
Certidão de Nascimento ou Casamento (se casado, cópia CPF do cônjuge);  
Carteira de Trabalho;  
PIS ou PASEP;  
Número de Telefone para contato;  
Comprovante de residência;  
Certidão dos filhos menores de 21 anos;  
Reservista ou Alistamento Militar (Obrigatório para o sexo masculino);  
Carteira Nacional de Habilitação (Obrigatório para o cargo de motorista);  
Registro de Classe (obrigatório para os cargos que exigirem);  
Cartão de vacinação dos filhos menores de 06 anos.

**Apresentar em cópia autenticada:**

Comprovante de Escolaridade (Histórico/Atestado e ou Certificado de Conclusão)

**Apresentar via original:**

Certidão Negativa expedida pelo Órgão de Classe;  
Exame Médico Admissional;  
Certidão de Antecedentes Cíveis e Criminais;  
Declaração de Bens;  
Declaração de não acumulo de cargo, emprego ou função pública;  
Uma foto 3x4 recente;  
Certidão de débitos municipais.





Estado de Mato Grosso  
**Prefeitura Municipal de Denise**

CNPJ: 03.953.718/0001-90

**ANEXO II**  
**MODELO DE 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 \_\_\_\_\_

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 servidor

data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Carimbo Assinatura Médico/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 \_\_\_\_\_

Sistema Nervoso \_\_\_\_\_

Exames Complementares \_\_\_\_\_

Uso de lentes corretoras: Não ( ) Sim ( )

**CONCLUSÃO:** ( ) APTO ( ) INAPTO

