

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA NOMEAÇÃO E POSSE Nº. 004/2013.

A Prefeitura Municipal de Denise-MT., **CONVOCA** o (os) candidato (os) que foram aprovados no Concurso Público Municipal nº. 001/2011, realizado em 20/11/2011, para comparecerem no prazo de 15 (quinze) dias úteis, 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 ocupar aos respectivos cargos no prazo acima estabelecido e tomarem posse no prazo máximo de 10 dias, prorrogável por igual período de acordo com o interesse da Administração Pública Municipal:

CANDIDATO (OS) CONVOCADO (OS) PARA TOMAR POSSE NO SERVIÇO PÚBLICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE DENISE-MT:

CLASSIF	NOME	CARGO
12	Gumercindo Fernandes de Oliveira	Motorista

Para a realização do exame médico admissional os candidatos aprovados, conforme listam 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 o Município de Denise-MT, convocar o candidato classificado na colocação subsequente.

Paço Municipal de Denise-MT, 22 de Abril de 2013.

PEDRO TERCY BARBOSA
PREFEITO MUNICIPAL
DENISE – MT.

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;
- () Numero 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.

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

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