



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

Cnpj: 03.953.718/0001-90

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA NOMEAÇÃO E POSSE N.º 014/2015.**

**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:

**CARGO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS**

Classificação	Candidato	Inscrição
11º	LUCIMARA NICOLAU FERREIRA	00729

**CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

Classificação	Candidato	Inscrição
3º	SILVIA HELENA GIRÃO DOS SANTOS	00172

**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 18 (dezoito) dias de Setembro do ano de 2015.

**PEDRO TERCY BARBOSA**  
**PREFEITO MUNICIPAL**



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 ( <b>Cartório Eleitoral</b> ) 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

	Data: ____/____/____
--	----------------------





Estado de Mato Grosso

## Prefeitura Municipal de Denise

Cnpj: 03.953.718/0001-90

Assinatura do Servidor (a)	Carimbo/assinatura Médico e 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Palpação \_\_\_\_\_

Tipo:



Estado de Mato Grosso

## Prefeitura Municipal de Denise

Cnpj: 03.953.718/0001-90

Ap. Genito Urinário: \_\_\_\_\_

Coluna

Vertebral \_\_\_\_\_ Membros \_\_\_\_\_

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

Uso de lentes corretoras: Não ( ) Sim ( )

**CONCLUSÃO:** ( ) APTO ( ) INAPTO

