

EDITAL PREVID 012/2015

CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA O QUADRO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS

CONVOCAÇÃO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL E APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE

LAÉRCIO ARRUDA, Diretor Presidente do Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados, no uso de suas atribuições, atendendo ao disposto no Edital FAPEMS/PREVID 001/2015 e alterações, do Concurso Público de Provas e Títulos para o Quadro dos Servidores do Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados/MS, homologado conforme Edital FAPEMS/PREVID 011/2015 de 01/09/2015, publicado no Diário Oficial nº 4.044, de 02/09/2015 **CONVOCA** os candidatos aprovados e classificados, relacionados no Anexo I, **nomeados conforme portaria, 026 de 08 de setembro de 2015**, para AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL e APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE, observada a ordem de classificação e cronogramas estabelecidos.

1. Da Avaliação médico – pericial

1.1 - Ficam CONVOCADOS os candidatos nomeados, para comparecerem munidos do documento de Identidade, exames e avaliações abaixo relacionados, ao **Previd/Central de Perícias Médicas do Município**, sito à Av. Weimar Gonçalves Torres, 3215-D - Centro, Dourados - MS, em dia e horário constante do Anexo I, para a realização da perícia médica, que será realizada pela Junta Médica designada.

1.2 - Os exames abaixo são obrigatórios para todos os cargos e funções e deverão ser apresentados para a junta médica no dia da perícia:

1.2.1 Exames laboratoriais

Hemograma completo/Plaquetas;
Glicemia;
Uréia;
Creatinina;
Colesterol e frações;
Triglicerídeos;
AC úrico;
Machado Guerreiro;

VDRL;
Exame Toxicológico para dosagem de carabinóides (maconha) e benzoilecgonina (cocaína);
GAMA GT;
PSA livre e total – Homens acima de 45 anos;

1.2.2 Exames de imagem

Raio X da coluna cervical, com laudo;
Raio X do tórax: AP, com laudo;
Raio X da coluna lombo – sacra, com laudo;
Mamografia – Mulher acima de 50 anos;
Ultrassom de ombros ;
Ultrassom de punhos;
Ultrassom de próstata – homens acima de 50 anos.

1.2.3 Exames eletrofísicos

Eletrocardiograma com laudo, para os candidatos maiores de 45 anos;
Eletoencefalograma com laudo.

1.2.4 Avaliações especializadas

Avaliação de saúde mental emitida por psiquiatra;
Avaliação de saúde neurológica emitida por neurologista;
Avaliação cardiológica emitida por cardiologista;
Colpocitológico – Mulher acima de 45 anos;
Avaliação de médico especialista atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID, bem como a provável causa da deficiência - Candidato com deficiência.

1.3 - As despesas com os exames acima, serão de responsabilidade do candidato.

1.4 - Não serão aceitos exames realizados há mais de 30 (trinta) dias, exceto a avaliação para confirmação de deficiência.

1.5 - Para os candidatos portadores de deficiência, a junta medica designada analisará, além da aptidão, o efetivo enquadramento na legislação própria, daqueles que se declararam pessoas com deficiência. Caso a decisão da junta seja pelo não enquadramento, o candidato será excluído da relação de pessoa com deficiência, para efeitos do benefício da lei neste concurso, e passará a constar na relação geral dos candidatos, observada a ordem de classificação, nos termos do item 4.8 do edital 001/FAPEMS/PREVID/2015.

2. Da apresentação de documentos

2.1 - A posse, obedecerá à classificação dos candidatos e ocorrerá de acordo com o cronograma constante do Anexo II, e, nesse ato, os candidatos deverão apresentar-se com todos os documentos constantes do Anexo III e demais pré-requisitos estabelecidos no Edital FAPEMS/PREVID 001/2015.

2.2 - Os documentos relacionados no Anexo III, serão autenticados pela comissão designada para a posse, mediante apresentação da cópia e dos originais.

2.3 - O candidato deverá comprovar todos os requisitos estabelecidos no item 2.2, 2.4, 2.5 e 6.3 do Edital FAPEMS/PREVID 001/2015.

2.4 - Os candidatos deverão preencher as declarações constantes do anexo IV

2. Da Posse

3.1 - Os candidatos nomeados que atenderem todas as exigências previstas nos itens 2.2, 2.4, 2.5 e 6.3 do Edital FAPEMS/PREVID 001/2015 e considerados aptos no exame médico pericial, serão empossados de acordo com o cronograma constante do anexo II.

3.1.1 - Os exames são de caráter obrigatório e eliminatório, a perícia médica poderá pedir exames complementares a fim de observar as condições de saúde do candidato de forma mais precisa.

3.2 - Não será efetivada a posse de candidato aprovado que tenha sido condenado por sentença transitada em julgado ou demitido do serviço público por qualquer órgão ou entidade da União, de Estados, do Distrito Federal ou de Municípios, de qualquer dos seus Poderes.

3.3 - A posse ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do ato de provimento (nomeação), podendo haver prorrogação por igual período a requerimento do interessado e a juízo da autoridade competente.

4. Do Exercício

4.1 - Os candidatos nomeados terão da data de posse, o prazo máximo de 15 (quinze) dias para entrarem em exercício.

4.2 - O prazo para exercício poderá ser prorrogado por igual período, a pedido do interessado e a juízo da autoridade competente.

5. Disposições Gerais

5.1 - Os candidatos aprovados e classificados, deverão obedecer rigorosamente o horário estabelecido para posse e apresentar todos os documentos constantes no Anexo III e demais pré-requisitos estabelecidos no Edital FAPEMS/PREVID 001/2015.

5.2 - O não comparecimento do candidato dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, a partir da publicação do ato de provimento, tornará sem efeito o ato de nomeação de acordo com a Lei Complementar nº 107, de 27 de dezembro de 2006.

5.3 - Os candidatos que não atenderem os requisitos exigidos para o provimento do cargo conforme itens 2 e 6.3 do Edital FAPEMS/PREVID 001/2015 ou que não apresentarem **todos os documentos** exigidos no Anexo III e **demais pré-requisitos estabelecidos** no Edital FAPEMS/PREVID 001/2015, serão considerados inaptos para a posse.

5.4 - Os candidatos convocados poderão requerer deslocamento para o final de classificação, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação deste, ou durante o prazo legal para a posse.

5.5.1 - Os candidatos deslocados para o final da classificação em convocações anteriores, não terão direito a novo deslocamento.

Dourados, MS, 08 de setembro de 2015.

Laércio Arruda
Diretor Presidente – PreviD

ANEXO I

CRONOGRAMA PARA PERÍCIA MÉDICA

Local: PreviD / Central de Perícias Médicas do Município
Endereço: Av. Weimar Gonçalves Torres, 3215-D - Centro, Dourados - MS.

DIA: 29/09/2015 (terça-feira)

HORÁRIO: 8:00 h

CARGO/FUNÇÃO: Gestor de Serviços Previdenciários/Contador

Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	MAIQUELLE DE OLIVEIRA DIAS PIVETTA

HORÁRIO: 8 h15min

CARGO/FUNÇÃO: Gestor de Serviços Previdenciários/ Economista

Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	SANG KOO MONOMI

HORÁRIO: 8 h30min

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Administrativo Previdenciário/Técnico Administrativo

Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	FELIPE DAPOLITO
2	2º	GUILHERME SILVA MICHELS
3	3º	FERNANDA VASCONCELOS NOGUEIRA
4	4º	MILENA ALVES CRAVEIRO

HORÁRIO: 9:30 h

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Administrativo Previdenciário/Técnico Administrativo

Vaga para pessoa com deficiência

Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	LEONARDO LANDEIRA

ANEXO II

CRONOGRAMA PARA APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS E POSSE

Local: Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados
Endereço: Av. Weimar Gonçalves Torres, 3215-D - Centro, Dourados - MS.

DIA: 06/10/2015 (terça-feira)
HORÁRIO: 9:00 h

CARGO/FUNÇÃO: Gestor de Serviços Previdenciários/Contador
Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	MAIQUELLY DE OLIVEIRA DIAS PIVETTA

CARGO/FUNÇÃO: Gestor de Serviços Previdenciários/ Economista
Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	SANG KOO MONOMI

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Administrativo Previdenciário/Técnico Administrativo
Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	FELIPE DAPOLITO
2	2º	GUILHERME SILVA MICHELS
3	3º	FERNANDA VASCONCELOS NOGUEIRA
4	4º	MILENA ALVES CRAVEIRO

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Administrativo Previdenciário/Técnico Administrativo
Vaga para pessoa com deficiência
Carga Horária: 40 horas

Ordem	Classificação	Nome
1	1º	LEONARDO LANDEIRA

ANEXO III

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS (ORIGINAL E CÓPIA), EXIGIDOS PARA ADMISSÃO:

- Carteira de identidade (RG);
- Comprovante de escolaridade, para nível superior, com apresentação de diploma devidamente registrado e histórico escolar correspondente;
- Comprovante de escolaridade, para nível médio, com apresentação de diploma ou certificado de conclusão e/ou histórico escolar correspondente;
- Cartão de Inscrição do PIS/PASEP;
- Título de Eleitor;
- Certidão de Quitação Eleitoral;
- Cartão do CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- Comprovante de inscrição e situação cadastral do CPF, expedido pela Receita Federal;
- Certidão Negativa do cartório de distribuição de processos criminais da Justiça Estadual e Federal de jurisdição no estado de domicílio do candidato;
- Declaração do Candidato, que não foi demitido por qualquer órgão ou entidade da União, de Estado, Distrito Federal ou de Município, de qualquer de seus poderes, se servidor público, com firma reconhecida;
- Certidão Negativa do Órgão Fiscalizador (OAB / CRC / CORECON) por atos desabonadores no exercício profissional;
- Certificado Militar (para os homens);
- Certidão de Nascimento ou casamento;
- Certidão de nascimento dos filhos acompanhada da carteira de vacinação (menores de 05 anos) ou do atestado de escolaridade (se estiver em idade escolar);
- Comprovante de residência atual (luz ou telefone), no nome do servidor ou comprovante de residência acompanhado de declaração assinada pelo titular do comprovante apresentado;
- 01 (uma) fotografia 3 x 4 recente;
- Carteira de Trabalho (Página da foto e verso), se possuir;
- Cópia da última declaração de imposto de renda;
- Comprovante de registro no órgão fiscalizador de classe;
- Cópia da carteira do órgão de Classe.

OBS: Os candidatos que não possuem inscrição no PIS/PASEP preencherão formulário para o cadastramento, no ato da apresentação dos documentos.

ANEXO IV

1. Declaração de Não Acumulação de Cargos ou de Acumulação Legal (Modelo);
2. Declaração de Bens (Modelo);
3. Requerimento de Salário Família/Imposto de Renda (Modelo);
4. Requerimento de Exoneração (Modelo), caso servidor público do município de Dourados.
5. Declaração do Candidato, que não foi demitido por qualquer órgão ou entidade da União, de Estado, Distrito Federal ou de Município, de qualquer de seus poderes, se servidor público, com firma reconhecida (Modelo).

1 - DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS OU DE ACUMULAÇÃO LEGAL

1.1. IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Cargo:

Função:

Órgão de Lotação: _____ nomeação: ____/____/____

Carga Horária: _____ Quadro: _____

2. DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de ser reconhecido meu direito ao cargo acima mencionado, que:

Não exerço outro cargo/função pública na Administração Direta, Fundacional ou Indireta do Poder Público, nos poderes Legislativo e Judiciário ou no Tribunal de Contas de Mato Grosso do Sul, outros Estados, Municípios ou União.

Exerço, em regime de acumulação, cargo/função/emprego de _____, matrícula/cadastro _____ no órgão/entidade _____, carga/horária _____ desde ____/____/____, no horário de _____ às _____.

Sou aposentado no cargo/emprego de _____, pelo _____
(Município, Estado, União, entidade Privada)
com carga horária de _____.

E por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Dourados/ MS, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do declarante

2 - DECLARAÇÃO DE BENS:

Nome: _____
RG nº _____ SSP/ _____ CPF nº _____
Endereço: _____ nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____

DECLARO, sob as penalidades da lei, que tenho os seguintes bens móveis e imóveis:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

E por ser verdade, firmo a presente, sendo o único responsável pelas informações prestadas.

Dourados/ MS, ____ de _____ de 2.0__.

Assinatura do declarante

3 - REQUERIMENTO DE SALÁRIO FAMÍLIA / IMPOSTO DE RENDA

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
INSTITUTO DE PREVIDENCIA SOCIAL DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE
DOURADOS
CNPJ: 08.797.960/0001-36

Ilustríssimo Senhor Diretor Presidente do Instituto de Previdência Social dos Servidores do Município de Dourados-MS	
Nome:	
Endereço:	Fone:
Cargo:	Referência/Classe:
Quadro:	Regime Jurídico:
Unidade de Lotação:	
Secretaria/Órgão:	

Requer a V.S^a, autorização para pagamento de _____ cotas de Salário-Família/Imposto de renda para os dependentes abaixo mencionados:

	Dependentes	Fins		Escolaridade	Sexo		Parentesco	Data de Nascimento
		SF	IR		M	F		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Nestes termos,
Pede deferimento.

Dourados/ MS, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do requerente

Anexar: Certidão de nascimento e atestado de escolaridade ou carteira de vacinação (menores de cinco anos)

4 - REQUERIMENTO DE EXONERAÇÃO DE SERVIDOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
CPNJ: 03.155.926/0001-44

Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Dourados

Nome: _____ matrícula: _____
Cargo: _____ vínculo _____, do
Quadro de Pessoal da Prefeitura Municipal de Dourados, lotado na Secretaria
_____ vem mui respeitosamente requerer
exoneração do cargo que ocupo atualmente a partir de ___/___/___, por motivo
de:

- Mudança de cidade
- Outro emprego
- Baixo salário
- Nomeação por aprovação em Concurso Público na PMD
- Outros (explicar): _____

Nestes termos,
Pede deferimento

Dourados/ MS, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Candidato

5 - DECLARAÇÃO DO CANDIDATO, QUE NÃO FOI DEMITIDO POR QUALQUER ÓRGÃO OU ENTIDADE DA UNIÃO, DE ESTADO, DISTRITO FEDERAL OU DE MUNICÍPIO, DE QUALQUER DOS SEUS PODERES, SE SERVIDOR PÚBLICO

1.1. IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Cargo:

Função:

Órgão de Lotação: _____ nomeação: ____/____/_____

Carga Horária: _____ Quadro: _____

2 . DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de ser reconhecido meu direito ao cargo acima mencionado, que Que **não sofri ato desabonador nem fui demitido** quando de meu exercício em outro cargo ou função pública na Administração Direta, Fundacional ou Indireta do Poder Público, nos poderes Legislativo e Judiciário ou no Tribunal de Contas de Mato Grosso do Sul, outros Estados, Municípios ou União.

E por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Dourados/ MS, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante (com firma reconhecida)