



CHAMAMENTO EMERGENCIAL Nº004/2020			
O Prefeito do Município de Patos de Minas no uso de suas atribuições, TORNA PÚBLICO, a CONVOCAÇÃO 003 do Chamamento Emergencial 004/2020.			
Cargo: Enfermeiro			
Nº	Nome do Candidato	Pontuação	Situação
13	Edilma Maria de Melo Sousa	57 pontos	Classificado
16	Luciana Cunha Carvalho	25 pontos	Classificado
17	Marlene Aparecida de Lima	15 pontos	Classificado
18	César Junior Batista	15 pontos	Classificado
19	José Henrique do Nascimento Domingos Rosa	12 pontos	Classificado
20	Dallila Isabel Silva Barbosa	9 pontos	Classificado

Os candidatos convocados deverão apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo, obrigatoriamente**, por meio de cópia scaneada, encaminhadas pelo e-mail: saude.admissao@patosdeminas.mg.gov.br, até o dia 18/08/2020 as 16:00 horas, os seguintes documentos:

- a) 1 Foto 3X4 (colorida);
- b) Conta Banco Santander– C.C/Salário (CPF/CI/Comp.End.);
- c) Comprovante de endereço atualizado;
- d) Carteira de Identidade(RG);
- e) CPF;
- f) Título de Eleitor;
- g) PIS, PASEP;
- h) Certificado de Reservista/Quit. Obrig Militar (sexo masculino);
- i) Registro Conselho da Categoria (se for o caso);
- j) Certidão de nascimento (se solteiro), data de emissão inferior a 90 dias;
- k) Certidão de casamento e CPF do cônjuge, data de emissão inferior a 90 dias;
- l) Certidão de Nasc.e CPF de filhos dependentes;
- m) Comprovante de Escolaridade – Original e Cópia;
- n) Certidão de Antecedentes Criminais - Site TJMG>Processos>Certidão Judicial Negativa>Link de acesso ao Sistema de Emissão de Certidão Judicial Negativa Criminal – (SOMENTE A CERTIDÃO DO SITE, NÃO É VALIDA A EMITIDA PELA POLICIA CIVIL);
- o) Certidão de Ação Civil -site TJMG>Processos>Certidão Judicial Negativa>Link de acesso ao Sistema de Emissão de Certidão Judicial Negativa Cível – (SOMENTE A CERTIDÃO DO SITE, NÃO É VALIDA A EMITIDA PELA POLICIA CIVIL);
- p) Certidão de quitação com as obrigações eleitorais -Site TRE/ MG;
- q) Comprovante de Regularidade do CPF - Site Receita Federal;
- r) CNIS – O extrato, com todo o demonstrativo das contribuições previdenciárias -Site do INSS;
- s) Autodeclaração, anexo I;
- t) Questionário, anexo II;
- u) Declaração de Acumulação de Cargos, anexo III;
- v) Declaração de Dependentes, anexo IV;
- w) Declaração de Não Demissão do serviço público, anexo V;
- x) Autorização de Crédito, anexo VI;
- y) Declaração de PIS/PASEP, anexo VII.



Após o envio da documentação, os convocados receberão, por meio eletrônico, o encaminhamento com a autorização para o início das Atividades e apresentação na respectiva Lotação.

Caso os convocados não apresentem a documentação no prazo acima estabelecido, serão automaticamente considerados desistentes da vaga.

Ressalte-se que é de inteira responsabilidade dos candidatos convocados o envio dos documentos conforme exigido acima, e que alguma inconsistência pode incorrer na não inclusão em folha de pagamento.

Patos de Minas, 14 de agosto de 2020.

José Eustáquio Rodrigues Alves
Prefeito de Patos de Minas



Anexo I:

AUTO DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do Doc. identidade n°/órgão expedidor _____ e do CPF n° _____._____._____-_____, residente e domiciliado à Rua/AV: _____, N° _____, complemento _____, Bairro _____, município de _____, candidato ao cargo de _____, declaro estar em pleno gozo de minha saúde física e mental para exercer as funções inerentes ao cargo. Atestado de Saúde Ocupacional dispensado em função da necessidade de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus no município de Patos de Minas.

Patos de Minas, ____ de _____ de 2020.

Assinatura



Anexo II:

GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS:

1. NOME: _____
2. CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M
3. DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____ IDADE (anos): _____
4. PESO(kg): _____ ALTURA(cm): _____
5. CARGO: _____
6. ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO MÉDICO ATUAL?
NÃO
SIM QUAL: _____
7. FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO?
NÃO
SIM QUAL: _____
8. FAZ OU JÁ FEZ USO DE DROGAS IMUNOSSUPRESSORAS (METOTREXATO, CORTICOTERAPIA, CICLOSPORINA, AZATIOPRINA, ETC)?
NÃO
SIM QUAL: _____
9. JÁ REALIZOU ALGUMA CIRURGIA?
NÃO
SIM QUAL: _____
10. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA RESPIRATÓRIA? (ASMA, BRONQUITE, ENFISEMA, DESVIO DE SEPTO, ADENOIDE, SINUSITE, RINITE, OUTRAS). SIM NÃO
NÃO
SIM QUAL: _____
11. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR? (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA DE CHAGAS, DOENÇA CORONARIANA, VARIZES, VALVULOPATIAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, ARRITMIAS, OUTRAS).
NÃO
SIM QUAL: _____
12. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA MUSCULOESQUELÉTICA? (HÉRNIA DISCO, LESÃO DE MENISCO E OU LIGAMENTOS, BURSITE, ARTRITES, ARTROSES, GOTA, LÚPUS, TENOSSINOVITES, LORDOSE, OUTRAS).
NÃO
SIM QUAL: _____
13. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DO APARELHO AUDITIVO? (SURDEZ, OTITES, LABIRINTITE, OUTROS).
NÃO
SIM QUAL: _____



GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

14. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DA VISÃO? (MIOPIA, ESTRABISMO, GLAUCOMA, HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO, CATARATA, CERATOCONE, RETINOPATIA, CEGUEIRA, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

15. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO? (GASTRITE, ÚLCERA, COLITE, CIRROSE, HEPÁTICA, HEPATITE, HÉRNIA, PANCREATITE, DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR, HEMORROIDAS, DIVERTICULITE, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

16. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA NEUROLÓGICA? (ENXAQUECA, MAL DE PARKINSON, DOENÇA DE ALZHEIMER, EPILEPSIA, TUMORES, PARALISIA, SEQUELA DE DERRAME, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

17. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ENDÓCRINA? (DIABETES, HIPERTIREOIDISMO, DISLIPIDEMIA – COLESTEROL ALTO, HIPOTIREOIDISMO, DESNUTRIÇÃO, OBESIDADE, OUTRAS)

NÃO

SIM QUAL: _____

18. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA? (PSICOSE, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, INSÔNIA, TENTATIVAS DE SUICÍDIO, USO DE OUTRAS DROGAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

19. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DE PELE (MICOSES, SARNAS, ERISPELA, PSORÍASE...) OU ALÉRGICAS?

NÃO

SIM QUAL: _____

20. APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUMA DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA?

NÃO

SIM QUAL: _____

21. FAZ USO DE PRÓTESE (S), ÓRTESE (S) (PINO, PARAFUSO, PLACA, FIOS, SILICONE, OUTROS).

NÃO

SIM QUAL: _____

22. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA OCUPACIONAL? (LER, DORT, LOMBALGIA, HÉRNIA, ARTROSE, PNEUMOCONIOSE, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____



GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

23. É TABAGISTA? NÃO
SIM CIGARROS/DIA? _____ . HÁ QUANTO TEMPO? _____
24. É ETILISTA (CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA)? NÃO
SIM QUANTIDADE: _____ FREQUÊNCIA: _____
25. ESTÁ AFASTADO DO TRABALHO POR MOTIVO DE DOENÇA? NÃO
SIM QUAL: _____
26. SOFRE DE ALGUMA SEQUELA DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO? NÃO
SIM QUAL: _____
27. SOFRE DE ALGUMA OUTRA DOENÇA NÃO DESCRITA NESTA DECLARAÇÃO? NÃO
SIM QUAL: _____
28. FAZ PARTE DO GRUPO DE RISCO: IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 ANOS; CARDIOPATIAS GRAVES OU DESCOMPENSADOS (INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CARDIOPATIA ISQUÊMICA); PNEUMOPATIAS GRAVES OU DESCOMPENSADOS (ASMA MODERADA/GRAVE, DPOC); DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS EM ESTÁGIO AVANÇADO (GRAUS 3, 4 E 5); DIABETES MELLITUS, CONFORME JUÍZO CLÍNICO; DOENÇAS CROMOSSÔMICAS COM ESTADO DE FRAGILIDADE IMUNOLÓGICA; GESTAÇÃO E PUERPÉRIO; PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E COGNITIVAS FÍSICAS; ESTADOS DE IMUNOCOMPROMETIMENTO, DEVIDO AO USO DE MEDICAMENTOS OU DOENÇAS, INCLUINDO OS PORTADORES DE HIV/AIDS E NEOPLASIAS; DOENÇAS NEUROLÓGICAS.
- NÃO
SIM QUAL: _____

PATOS DE MINAS/MG, ____/____/____.

ASSINATURA DO CANDIDATO OU FUNCIONÁRIO.



Anexo III:

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS E/OU DE PROVENTOS
Nome:
Cargo:
Declaro, tendo lido o disposto no artigo 37, incisos XVI e XVII e § 10, 40, § 6º, da Constituição Federal, nos arts. 118, 119 e 120 da Lei nº 8.112/90, alterados pela Lei nº 9.527/97, na Súmula do TCU nº 246/2002, publicada no DOU de 5/4/2002, e no ACÓRDÃO do TCU nº 54/2007, publicado no DOU de 8/2/2007, transcritos no verso, que:
<input type="checkbox"/> Não recebo proventos de aposentadoria decorrentes de cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público.
<input type="checkbox"/> Recebo proventos de aposentadoria decorrentes de cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público, conforme anexa cópia do contracheque.
<input type="checkbox"/> Não acumulo cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público.
<input type="checkbox"/> Acumulo cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público, abaixo discriminado: OUTRO ÓRGÃO: _____ CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO: _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____
A carga horária declarada respeita a jornada semanal máxima de 60 (sessenta) horas de trabalho, em observância ao entendimento consolidado pelo Tribunal de Contas da União no Acórdão no 54/2007, publicado no DOU de 8/2/2007, conforme anexa Declaração do órgão informado. Em decorrência do exercício do cargo neste Tribunal, passo a acumular: <input type="checkbox"/> Um cargo de professor com outro técnico ou científico. <input type="checkbox"/> Dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde. <input type="checkbox"/> Outro: _____.
<input type="checkbox"/> Não percebo auxílio-alimentação, assistência pré-escolar e/ou benefícios de espécie semelhante no órgão/empresa em que acumulo cargo.
<input type="checkbox"/> Percebo auxílio-alimentação, assistência pré-escolar e/ou benefícios de espécie semelhante no órgão/empresa em que acumulo cargo.
Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações prestadas no presente documento.
Patos de Minas, _____ de _____ de _____.
_____ Assinatura



LEGISLAÇÃO

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

a) a de dois cargos de professor; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 34, de 2001)

XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 10. É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Art. 40. Aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, é assegurado regime de previdência de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial e o disposto neste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41, de 19.12.2003)

§ 6º Ressalvadas as aposentadorias decorrentes dos cargos acumuláveis na forma desta Constituição, é vedada a percepção de mais de uma aposentadoria à conta do regime de previdência previsto neste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/98)

LEI 8.112/1990

Da Acumulação

Art. 118. Ressalvados os casos previstos na Constituição, é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos.

§ 1º A proibição de acumular estende-se a cargos, empregos e funções em autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Territórios e dos Municípios.

§ 2º A acumulação de cargos, ainda que lícita, fica condicionada à comprovação da compatibilidade de horários.

§ 3º Considera-se acumulação proibida a percepção de vencimento de cargo ou emprego público efetivo com proventos da inatividade, salvo quando os cargos de que decorram essas remunerações forem acumuláveis na atividade. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 119. O servidor não poderá exercer mais de um cargo em comissão, exceto no caso previsto no parágrafo único do art. 9º, nem ser remunerado pela participação em órgão de deliberação coletiva. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 120. O servidor vinculado ao regime desta Lei, que acumular licitamente dois cargos efetivos, quando investido em cargo de provimento em comissão, ficará afastado de ambos os cargos efetivos, salvo na hipótese em que houver compatibilidade de horário e local com o exercício de um deles, declarada pelas autoridades máximas dos órgãos ou entidades envolvidos. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

SÚMULA do TCU nº 246 (publicada no DOU de 5/4/2002)

“O fato de o servidor **licenciar-se, sem vencimentos**, do cargo público ou emprego que exerça em órgão ou entidade da administração direta ou indireta **não o habilita a tomar posse em outro cargo ou emprego público**, sem incidir no exercício cumulativo vedado pelo artigo 37 da Constituição Federal, pois que o instituto da acumulação de cargos se dirige à titularidade de cargos, empregos e funções públicas, e não apenas à percepção de vantagens pecuniárias.” (grifo nosso)

ACÓRDÃO do TCU nº 54/2007 - Segunda Câmara (publicada no DOU de 8/2/2007)

PESSOAL. ADMISSÃO. ACUMULAÇÃO DE CARGOS. PROFISSIONAIS DE SAÚDE. INCOMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS. ILEGALIDADE. LIMITE MÁXIMO ADMITIDO PARA ACUMULAÇÃO DE CARGOS OU EMPREGOS PÚBLICOS. NÃO DESCARACTERIZAÇÃO DO VÍNCULO DO SERVIDOR COM A ADMINISTRAÇÃO NO CASO DA LICENÇA DO CARGO.

1. É ilegal a acumulação de cargo e emprego públicos privativos de profissionais de saúde quando não observada a compatibilidade de horários.

2. A jurisprudência do TCU tem admitido como **limite máximo em casos de acumulação** de cargos ou empregos públicos a **jornada de trabalho de 60 (sessenta) horas semanais**.

3. A licença do cargo não descaracteriza o vínculo jurídico do servidor com a administração, podendo, inclusive, ser interrompida, a qualquer tempo, no interesse do serviço ou a pedido do servidor. (grifo nosso)

ATO.DILEP.CIF.SEGPES.GDGSET.GP Nº 89, de 23/2/2016

Art. 3º O auxílio alimentação, de caráter indenizatório, **não poderá ser:**

I - percebido cumulativamente com outros de espécie semelhante.

ATO CONJUNTO.TST.CSJT Nº 3, de 1º/3/2013

Art. 6º É vedada a acumulação do benefício do Programa de Assistência Pré-escolar com outro de igual finalidade que o magistrado, servidor ou os outros responsáveis percebam, para o mesmo dependente, em entidade da Administração Pública, ainda que em regime legal de acumulação de cargo ou emprego público. Parágrafo único. Na hipótese de acumulação legal de cargos, fica ressalvado o direito de opção para o recebimento do benefício.

Anexo IV:



 PFEITURA DE PATOS DE MINAS			
DECLARAÇ		DEPENDENTES PARA SERVIDOR CONTRATADO/COMISSIONADO/AGENTE POLÍTI	
Nome do servidor:		Matrícula:	
Endereço (Rua, Av, Pça..... Nº.....Apartamento...:)		CEP da Rua ou Cidade:	
Bairro:	Cidade:	CPF Nº:	
E-mail :	Telefone Fixo:	Telefone Celular:	
Cargo:		Secretaria:	
Como você se autodeclara? () Preto () Pardo () Branco () Outro _____			
TERMO DE RESPONSABILIDADE - CONCESSÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA			
*Filho(a) até 14 anos		*Filho(a) inválido de qualquer idade	
BENEFICIÁRIOS			
NOME	Parentesco	Data Nascimento	CPF Nº:
1)			
2)			
Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE , declaro estar ciente que deverei comunicar a ocorrência de qualquer fato que determine a perda do direito ao SALÁRIO FAMÍLIA , sob pena de devolução das importâncias recebidas indevidamente e ainda sujeitar-me às penalidades previstas em lei.			
DECLARAÇÃO PARA DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA			
*Filho(a) até 21 anos.		*Filho(a) inválido de qualquer idade.	
*Filho(a) até 24 anos, desde que esteja cursando o 2º GRAU ou a UNIVERSIDADE, e ainda apresente a DECLARAÇÃO ESCOLAR, todo início de ano letivo.			
DECLARO PARA FINS DE DESCONTOS <u>DE IMPOSTO DE RENDA</u> que tenho os seguintes DEPENDENTES:			
NOME	Parentesco	Data Nascimento	CPF Nº:
1)			
PATOS DE MINAS,		Assinatura do servidor:	
DATA: ____/____/____			



DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DO SERVIÇO PÚBLICO

NOME:		
RG:	ORGÃO EXPEDIDOR:	CPF:
ENDEREÇO:		
CEP:	MUNICÍPIO:	UF:

DECLARA

Sob as penas da lei e para os devidos fins e efeitos, que não foi demitido(a) a bem do serviço público, de cargo público efetivo, ou destituído de cargo em comissão, ou de função pública, em órgão da União, Estados e Municípios, nos últimos 05 (cinco) anos anteriores à data desta declaração. Para clareza firma a presente declaração para que promova todos os efeitos legais.

Patos de Minas, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do Declarante



PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E ACOMPANHAMENTO
DE RECURSOS HUMANOS

AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO

DATA: ____/____/____.

À GERÊNCIA DE CONTROLE E REGISTRO DE PESSOAL

eu

MATRÍCULA _____, AUTORIZO CREDITAR MEU
PAGAMENTO CONFORME INFORMAÇÕES ABAIXO:

CONTA Nº _____

AGÊNCIA Nº _____

NOME DO BANCO

OPERAÇÃO _____

Assinatura do Servidor ou do Estagiário



DECLARAÇÃO

Eu, _____

venho por meio deste, declarar junto à Prefeitura Municipal de Patos de Minas,
que o número da inscrição do cadastramento do meu PIS/PASEP é

Patos de Minas, ____/____/____.

Assinatura do Servidor