



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL N.º 001/2017

16º EDITAL DE CONVOCAÇÃO

O Prefeito Municipal de Açailândia no uso de suas atribuições legais **CONVOCA** os candidatos aprovados e classificados no Concurso Público - Edital nº 001, de 26 de julho de 2017, conforme Termo de Homologação, publicado no Diário Oficial do Município em 08 janeiro de 2018, relacionados no **anexo II**, para comparecerem à sede da **Prefeitura Municipal de Açailândia**, localizada na **Av. Santa Luzia, s/n, Parque das Nações**, nos dias úteis de **13 a 24 de janeiro de 2020, das 08:00h às 12:00h** para a entrega de **cópias autenticadas dos documentos** descritos no **anexo I**, juntamente com os originais e respectivos códigos de validação das seguintes certidões: Certidão de Quitação Eleitoral (site: www.tse.jus.br), Certidão de Antecedente Criminal da Justiça Federal (site: <http://portal.trf1.jus.br>), Certidão de Antecedente Criminal da Justiça Estadual (site: www.tjma.jus.br). Deverão ser entregue, também, a **Declaração de Acumulação de Cargos, Declaração de Bens e Valores que constituem o patrimônio e Histórico de Saúde do candidato**, as quais deverão estar devidamente assinadas e datadas, conforme os anexos **IV, V e VI**. Na oportunidade os candidatos deverão apresentar os **Exames Pré-Admissionais (conforme o cargo)**, relacionados no **anexo III** deste edital à Comissão de Posse da Prefeitura Municipal de Açailândia que **somente receberá se o candidato apresentar toda documentação solicitada**.

Somente será empossado no cargo público o candidato que for julgado apto física e mentalmente para o seu exercício, conforme o disposto no artigo 15 do Estatuto do Servidor Público do Município de Açailândia/MA - Lei Complementar Municipal nº. 001/93 e Subitem 15.1 do Edital do Concurso Público.

Açailândia, 20 de dezembro de 2019.

ALUISIO SILVA SOUSA
Prefeito Municipal



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO I

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA A POSSE

- ✓ 02 Fotos 3x4 recentes;
- ✓ Cédula de Identidade;
- ✓ Certidão de Nascimento ou Casamento;
- ✓ Cadastro de Pessoa Física - CPF;
- ✓ Certificado de Reservista (Candidatos do sexo masculino);
- ✓ Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS;
- ✓ Documento de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou do Patrimônio do Servidor Público – PASEP;
- ✓ Título Eleitoral;
- ✓ Diploma de Graduação na área de formação do cargo para o qual prestou o concurso, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação. (Obs.: Caso o candidato possua apenas a Certidão de Conclusão de curso de nível superior, a mesma deverá estar acompanhada do Histórico Escolar);
- ✓ Cursos específicos exigidos para o cargo, conforme o disposto no anexo I do Edital de Concurso nº 001/2017;
- ✓ Registro no Órgão da Classe correspondente (conforme o cargo);
- ✓ Cartão de Vacina atualizado, e
- ✓ Comprovante de Residência/Endereço atualizado (caso não seja residência própria o comprovante de residência deverá vir acompanhado de Declaração de Residência/Endereço emitida pelo proprietário do imóvel, devidamente reconhecida em cartório).

OBS: Não serão aceitos documentos não autenticados.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO II

AMPLA CONCORRÊNCIA

CARGO - 201		INSTRUTOR DE OFICINA DE ARTESANATO		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
3	4256433	CAROLINNE ROCHA GUIMARÃES SILVA	0143297320004 SSP MA	62,5
4	4160215	VALQUIRIA FREITAS PASSOS	031364852006-1 SSP MA	60,0

CARGO - 202		AUXILIAR DE EDUCAÇÃO INFANTIL		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
42	4161114	IAGO SANTOS SOUSA	0320249220061 SSP MA	66,5

CARGO - 205		TÉCNICO EM ENFERMAGEM - ZONA RURAL - UBS - MACAÚBA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
1	4118995	MONALLYZA MENDES ANCHIETA BARBOZA DE SOUZA	11022 SSP TO	42,5

CARGO - 209		TÉCNICO EM RADIOLOGIA/RAIO X		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
4	4132131	GIORGE LUCAS OLIVEIRA VERAS	0262777620039 SESP MA	57,5
5	4128541	MARCOS DIAS GOMES	0186028920014 SSP MA	57,5
6	4326581	FRANCISCA GEOVANA DUARTE SOUSA	192572320015 SSP MA	55,0
7	4318595	ADAILSON SOARES DA SILVA	0288630420053 SSP MA	55,0

CARGO - 300		ASSISTENTE SOCIAL		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
13	4122641	DALSIZA CLÁUDIA MACEDO COUTINHO	979269 ssp TO	72,5
14	4202635	FERNANDA COSTA PINHEIRO	178901920013 SSP MA	70,5
15	4307038	NATÁLIA DANIELA AQUINO DE SOUSA	3272653 ssp PI	70,0
16	4160657	NATHALIA DE SOUZA	045806772012-9 SSP MA	70,0
17	4312236	JACQUELINE MORAES DOS SANTOS	5310806 SEGUP PA	70,0

CARGO - 301		ENFERMEIRO - ZONA URBANA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
33	4304144	JOMARIA SILVA BARBOSA SANTOS	2914647 SSP PI	72,5



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA

CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br

GABINETE DO PREFEITO

CARGO - 307		MÉDICO CIRURGIÃO - PLANTONISTA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
6	4170571	OSMAR ALVES TORRES FILHO	4926466 PC PA	66,5

CARGO - 308		MÉDICO CLÍNICO - AMBULATORIAL		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
4	4128737	RICARDO AKIYOSHI NAKAMURA	306425294 SSP MA	55,0
5	4323025	KAROLINE DA SILVA RIBEIRO RAMOS	0222328120020 ssp-ma MA	52,5
6	4264886	JOSE EVANDRO DE CARVALHO JUNIOR	143577620005 SSP MA	52,5

CARGO - 320		MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA - AMBULATORIAL		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
2	4101464	WILLIAN DA SILVA LOPES	2004030056121 SSP-CE CE	70,5

CARGO - 321		MÉDICO PEDIATRA - AMBULATORIAL		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
3	4303415	KARINE BEZERRA CARVALHO OLIVEIRA	7107914 PC PA	55,0

CARGO - 327		SUPERVISOR - ZONA URBANA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
53	4179315	MARA BARROS CARNEIRO	994582 sspto TO	73,5

CARGO - 328		SUPERVISOR - ZONA RURAL - SUDELÂNDIA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
3	4155289	MARCOS EDNEY FIGUEIREDO GOMES	0284588020044 SSP MA	67,5

CARGO - 330		SUPERVISOR - ZONA RURAL- POLO ILDENOR GONÇALVES		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
5	4170717	MARIA DIVINA LOPES	543710963 SSP MA	67,0
6	4238991	ANA FLAVIA ALMEIDA DOS SANTOS	159335320008 SSP MA	67,0
7	4308735	CRISTINA ANTUNES PINHEIRO GONCALVES	485686953 SSP MA	65,0
8	4170016	NATAL DA SILVA DOS SANTOS	139974620008 SSP MA	63,5

CARGO - 331		SUPERVISOR - ZONA RURAL - CORREGO NOVO		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
3	4200012	ERICA FERNANDA DE ANDRADE CONCEICAO	0344009220079 SSP MA	67,5



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

CARGO - 333		PROFESSOR ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO -(AEE)		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
23	4145551	JAMES DA LUZ DIAS	3386429 SSP PI	55,0
24	4268245	ARTENIZA ALENCAR ARAUJO SANTOS	333657 POLITEC AP	53,0
25	4165489	ANA CLAUDIA DA SILVA ARAUJO	0213505420022 SSP MA	52,5

CARGO - 338		PROFESSOR DE 1º AO 5º ANO – ZONA RURAL - SUDELÂNDIA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
8	4178882	JESSICA AGUIAR MEDEIROS LISBOA	237090720027 SSP MA	40,0

CARGO - 343		PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL – ZONA RURAL - SUDELÂNDIA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
3	4298081	JORDACI DIAS LOPES DE LIMA	3164940 SSP PI	60,5

CARGO - 344		PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL – ZONA RURAL – NOVO BACABAL		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
4	4213033	IVANEIDE PEREIRA DA SILVA FIGUEIREDO	013790322000-0 ssp MA	53,5
5	4288572	SIMONE NUNES LIMA	0189855620010 SSP MA	52,5

CARGO - 349		PROFESSOR DE 6º AO 9º ANO – GEOGRAFIA - ZONA URBANA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
10	4179943	DANIEL MACHADO DE SOUSA	438789954 SSP MA	65,0



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO III

EXAMES PRÉ-ADMISSIONAIS

1. Para todos os candidatos:

- Hemograma Completo;
- Glicemia;
- Colesterol Total;
- Triglicerídeos;
- Hepatite B – Hbs Ag;
- Hepatite C – Anti HVC;
- Creatinina;
- Urina – EAS;
- Eletrocardiograma – ECG com laudo;
- Audiometria Tonal;
- Sífilis;
- Raios X do Tórax com laudo;
- Raios X da Coluna Lombar e Cervical com laudo.

1.1 Avaliação Psicológica e ASO – Atestado de Saúde Ocupacional (realizados por integrantes da Junta Médica Oficial do Município de Açailândia/MA).

2. Específicos para os candidatos aos cargos de:

- a) **Professor, Supervisor, Auxiliar de Educação Infantil e Professor de Atendimento Educacional Especializado (AEE):** Avaliação Dermatológica (Pele e Hanseníase), Baceloscopia – Hanseníase, Videolaringoscopia, Eletroencefalograma – EEG, Avaliação Oftalmológica com laudo e Audiometria Vocal.
- b) **Enfermeiro:** Avaliação Dermatológica (Pele e Hanseníase), Baceloscopia – Hanseníase;
- c) **Instrutor de Oficina de Artesanato:** Videolaringoscopia, Eletroencefalograma – EEG, Avaliação Dermatológica (Pele e Hanseníase), Audiometria Vocal e Baceloscopia – Hanseníase.
- d) **Técnico em Radiologia/Raio-X:** Avaliação de Hanseníase e Baceloscopia – Hanseníase.

OBS: Os exames deverão obedecer os regulamentos do Decreto nº 4, publicado no Diário Oficial do Município nº 476, em 04 de janeiro de 2018.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO

Nome:

Cargo:

DECLARO SOB AS PENAS DA LEI, PARA FINS DE POSSE EM CARGO PÚBLICO QUE:

[] **NÃO** acumulo cargo/emprego/função no âmbito do serviço público federal, estadual ou municipal, ou ainda em autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público, bem como não percebo proventos decorrentes de aposentadoria em cargo ou função pública.

[] **ACUMULO** licitamente (Art. 37, inciso XVI da Constituição Federal e Art. 14, § 4º da Lei Complementar Municipal nº 001/93), o cargo/emprego/função pública de:

Instituição _____
(nome da instituição)

Endereço _____

No regime de _____ horas semanais de trabalho.

[] **É APOSENTADO(A)** no cargo/emprego/função pública de:

(denominação do cargo)

Recebendo os proventos através do(a):

(nome da Instituição que está vinculado o regime)

Estou ciente de que qualquer omissão no que se refere à acumulação de cargo constitui presunção de má-fé, razão pela qual ratifico que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Açailândia, ____ de _____ 20 ____.

(Assinatura do (a) declarante)



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, _____ declaro, para os devidos fins e em cumprimento às disposições legais do art. 14 do Estatuto do Servidor Público do Município de Açailândia (Lei Complementar Municipal nº 001/1993), que:

- a. () não possuo bens ou valores patrimoniais.
- b. () integram meu patrimônio os bens, valores ou renda discriminados no quadro abaixo:

DISCRIMINAÇÃO DOS BENS, VALORES OU RENDA	VALOR ESTIMADO (R\$)

Açailândia, ____ de _____ de 20__.

(assinatura)



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO VI

HISTÓRICO DE SAÚDE DO CANDIDATO

1 – DADOS DO CONCURSO

Nº DO EDITAL DE ABERTURA:	Nº DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO:	CARGO:
TRABALHA OU TRABALHOU NA PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA? () SIM, COMO ESTATUTÁRIO () SIM, COMO CELETISTA / TERCEIRIZADO () NÃO		CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO

2 – DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:		
RG Nº:	CPF Nº:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO: Nº		CEP.:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	TELEFONE / CELULAR:
MUNICÍPIO/UF:	NATURAL DA CIDADE DE:	ESTADO CIVIL:
NOME DO PAI:	SEXO: () MASCULINO	
NOME DA MÃE:	() FEMININO	

3 – INFORMAÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DO CANDIDATO

FAZ ATIVIDADE/ESPORTES DE LAZER? QUAL(IS)?	FREQUENCIA: ALTA () MÉDIA () BAIXA () NENHUMA ()	
02 (DOIS) ÚLTIMOS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS	FUNÇÃO:	TEMPO:
Último:		
Penúltimo:		
ESTAVA SUBMETIDO A ALGUM RISCO (RUIDO, PROD. QUÍMICO, BIOLÓGICO)? SIM () NÃO () QUAL(IS)?	USAVA EPI? SIM () NÃO () QUAL(IS)?	
JÁ TEVE DOENÇA PROFISSIONAL/ACIDENTE DE TRABALHO? SIM () NÃO () QUAIS?		
JÁ ESTEVE AFASTADO(A) POR DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO? SIM () NÃO () QUANTO TEMPO?		



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações
www.acailandia.ma.gov.br
GABINETE DO PREFEITO

4 – SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ABAIXO? (MARQUE SIM OU NÃO)

DOENÇAS	SIM	NÃO	DOENÇAS	SIM	NÃO
Alergias (rinite, remédios, Prod. Químicos)			Reumatismo, dor nos membros (braços, pernas)		
Problemas respiratórios (asma, bronquite, sinusite)			Problemas da coluna (lombalgia, desvios)		
Falta de ar, Tuberculose			Fraturas, luxações, osteomielite		
Pressão alta			Possui algum defeito físico		
Problemas cardíacos (angina, palpitações, sopros)			Doenças da pele		
Varizes, hemorroidas			Problemas hormonais (tireoide)		
Problemas digestivos (úlceras, gastrite, intestino)			Diabetes		
Doenças do fígado (hepatite, cirrose)			Doenças do sangue (anemia)		
Hérnias, tumores			Problemas de visão		
Doenças renais (nefrite, cálculos, infecções)			Problemas de audição		
Doenças sexualmente transmissíveis			Infecção ou zumbido no ouvido		
Dor de cabeça frequente, tonturas			Tabagismo (fuma) etilismo (bebidas alcoólicas)		
Desmaios, convulsões			Uso de outras drogas (mesmo eventual)		
Problemas psicológicos ou psiquiátricos			Limitação para o trabalho		
Faz uso regular de medicamentos?			Quais?		
Outras doenças não mencionadas?					
Esteve internado em hospitais/Clinicas?			Por quê?		
Já se submeteu a alguma cirurgia?			De que?		

5 – APENAS PARA AS PESSOAS DO SEXO FEMININO

Data da última menstruação ____/____/____	Tem cólica () Sim () Não	Muito Forte? () Sim () Não	Obriga a ficar de cama? () Sim () Não
--	-------------------------------	---------------------------------	--

6 – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro não haver omissão em relação ao estado de saúde, sendo completas e verdadeiras as informações prestadas assumindo total responsabilidade por elas.

Açailândia, ____/____/____.

Assinatura do Candidato (a)

Obs.:
