



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

## **EDITAL DE CONVOCAÇÃO**

O Prefeito Municipal de Açailândia no uso de suas atribuições legais **CONVOCA** a candidata aprovada e classificada no Concurso Público - Edital nº 001, de 26 de julho de 2017, conforme Termo de Homologação, publicado no Diário Oficial do Município – D.O.M., em 08 janeiro de 2018 e prorrogado através do Decreto nº. 340, publicado no D.O.M. em 26 de dezembro de 2019, relacionada no **anexo II**, e considerando a **decisão judicial proferida nos autos do Mandato de Segurança Cível proferida do processo nº 0801847-50.2021.8.10.0022**, para comparecer à sede da **Prefeitura Municipal de Açailândia**, localizada na **Av. Santa Luzia, s/n, Parque das Nações**, nos **dias úteis** de 10 a 18 de junho 2021, **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](http://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](http://www.tjma.jus.br))**. Deverão ser entregues, 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, 09 de junho de 2021.

**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 - 301		ENFERMEIRO – ZONA URBANA		
ORD.	INSC.	NOME	DOCUMENTO	TOTAL DE PONTOS
38	4269152	NAHDILA THAIS ALMEIDA COSTA	0385236920099 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

### **ANEXO III**

#### **EXAMES PRÉ-ADMISSIONAIS**

##### **1. Para todos os candidatos:**

- Hemograma Completo;
- Glicemia;
- Colesterol Total;
- Triglicérides;
- 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) **Enfermeiro:** Avaliação Dermatológica (Pele e Hanseníase) e Baceloscopia – Hanseníase.

**OBS: Os exames deverão obedecer aos 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** lícitamente (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, sopro)			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.:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---