



**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
CÂMARA MUNICIPAL DE AMAMBAI**

PORTARIA Nº 03, DE 02 DE JANEIRO DE 2023.

“Dispõe sobre nomeação para o cargo comissionado de Assessor Parlamentar e dá outras providências”.

A Presidente da Câmara Municipal de Amambai – Estado de Mato Grosso do Sul, **Excelentíssima Senhora LÍGIA DA SILVA MACHADO**, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas por Lei e nos termos do art. 27, XX, do Regimento Interno do Poder Legislativo,

RESOLVE:

Artigo 1º - NOMEAR a servidora **NERLY ROQUE DA SILVA MAURICIO** para o cargo de **Assessor Parlamentar**, símbolo **DAL-5**, com carga horária de 40 horas semanais, devendo satisfazer todos os requisitos estabelecidos pelo Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, para exercício imediato, **Lotada no Gabinete do Vereador VALTER BRITO DA SILVA.**

Artigo 2º - CONCEDER gratificação por dedicação exclusiva de 50% (cinquenta por cento) sobre o vencimento base, nos termos do art. 25 da Lei Complementar nº 030/2014.

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e/ou afixação no mural, localizado no átrio da Câmara Municipal, com efeitos a partir de **02 de Janeiro de 2023.**

REGISTRADA, PUBLICADA, CUMPRA-SE.

**LÍGIA DA SILVA MACHADO
PRESIDENTE**

Câmara Municipal de Amambai

DR. JOSE LUIZ SALDANHA MOREIRA
MÉDICO
CRM/MS 564

ASO- ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: NERLY ROQUE DA SILVA MAURICIO	SEXO: FEM.	RG: 1177631 SEJUSP MS
CARGO: ACESSORA PARLAMENTAR	DN:05/06/1976	DATA: 21/12/2022

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente acima, foi por mim examinado (a) e ao exame não foi constatada nenhuma patologia infecto contagiosa ou mental.

MOTIVO DA AVALIAÇÃO MÉDICA:

- Admissional () Periódico () Demissional () Retorno ao trabalho
() Mudança de Função de para _____

EXPOSTO AOS RISCOS OCUPACIONAIS:

- () Ergonômicos () Acidentes () Físicos () Químicos () Biológicos () Outros
() Ausência de riscos ocupacionais específico

EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO (A):

- () Aval. Clínica () Hemograma () Paras. De Fezes () Parcial de Urina () VDRL () Brucelose () Tipagem Sanguínea
() Toxoplasmose () Audiometria () E.C.G () E.E.G () outros

QUESTIONÁRIO DE RESPONSABILIDADE DO CANDIDATO:

Obs.: Constitui crime previsto no art. 299, do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de um a três anos e multa.

1) Quando você procurou atendimento médico?

- () Nunca Nos últimos 3 meses () Nos últimos 5 anos

2) Você apresenta deficiência auditiva ou visual?

- () Sim Não () Não sei Qual? _____

3) Você apresenta algum deficiência física?

- () Sim Não () Não sei Qual? _____

4) Você apresenta alguma doença que necessita de acompanhamento ambulatorial (como Insuficiência Renal, Problemas Cardíacos, Bateadeira, Cansaço Fácil, Problemas Neurológicos)?

- () Sim Não () Não sei Qual? _____

5) Você já teve Desmaios, Ataques, Crises Convulsivas, Tonturas, Sonolência Diurna, Insônia?

- () Sim Não () Não sei

Há quanto tempo? _____

Quando foi a última vez? _____

6) Você já necessitou ou faz algum tratamento psiquiátrico?

- () Sim Não Qual e quando _____

7) Apresenta algum sintoma relacionado a Coluna Vertebral?

- () Sim Não Qual? _____

CONCLUSÃO:

- Apto para o cargo e para exercer atividades físicas.
() Apto com restrição p/ cargo () inapto por _____ dias para o cargo () Inapto para o cargo.

Dr. José Luiz S. Moreira
Clínico Geral
564 MS

DR. JOSE LUIZ SALDANHA MOREIRA
CRM/MS 564

Nerly Roque da Silva Maurício
Assinatura do Funcionário