



**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