



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO – PROCESSO SELETIVO

SIMPLIFICADO

EDITAL N.º 01/2023

2ª CONVOCAÇÃO DOS CANDIDATOS APROVADOS

O Prefeito Municipal de Itabirito, no uso de suas atribuições legais, a que confere o art.61, inciso XIII da Lei Orgânica Municipal e demais dispositivos legais aplicáveis, torna pública as convocações dos candidatos aprovados para as funções de: Agente Administrativo da Saúde (12x36), Agente Administrativo da Saúde (40 Horas), Agente de Serviço em Saúde (40 Horas), Técnico de Serviço em Saúde I - Técnico Em Radiologia, Técnico de Serviço Em Saúde II (40 Horas) - Técnico em Patologia Clínica, Técnico de Serviço Em Saúde II (12x36 Horas) - Técnico em Patologia Clínica, Técnico de Serviço em Saúde II - Técnico Em Saúde Bucal, Técnico de Serviço em Saúde III (40 Horas) - Técnico em Enfermagem, Técnico de Serviço em Saúde III (12x36 Horas) - Técnico em Enfermagem, Cirurgião Dentista I, Enfermeiro I, Fiscal Sanitário, Médico PSF II, Médico Veterinário, Técnico Superior Em Saúde I - Serviço Social, Técnico Superior Em Saúde I – Farmácia, Técnico Superior Em Saúde I – Psicologia, Técnico Superior Em Saúde II – Biomedicina, Técnico Superior Em Saúde II - Educação Física, Terapeuta Ocupacional, Cirurgião Dentista I - Especialista em Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, Cirurgião Dentista I - Especialista em Endodontia, Cirurgião Dentista I - Especialista em Odontopediatria, Cirurgião Dentista I - Especialista em Ortodontia, Cirurgião Dentista I - Especialista em Periodontia, Cirurgião Dentista I - Especialista em Prótese Dentária.

1. O candidato classificado e listado no Anexo I deste ato fica CONVOCADO para comparecer à GESMT (Gerência de Segurança e Medicina do Trabalho) da Prefeitura Municipal de Itabirito, situada na Avenida Queiroz Júnior, n.º 620, Centro – 2º andar, Itabirito/MG, CEP 35450-069 portando a documentação prevista no item 15.5 do Edital n.º 01/2023 e o documento do Anexo II,



devidamente preenchido, para realização da avaliação necessária à obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO); posteriormente dirigir-se ao Departamento de Registros Funcionais, localizado neste mesmo endereço, para a conferência e a entrega da documentação prevista no item 15.5 do Edital e dos Anexos III, IV, V, VI e VII preenchidos, **no período de 09 de janeiro a 22 de janeiro de 2024, de segunda a sexta, de 09h às 17h.**

2. Anterior ao comparecimento, preferencialmente, o candidato deverá entrar em contato com a GESMT através dos números (31) 3561-4074, (31) 9 7554-0910 e (31) 9 91302924, nos dias 08, 09 e 10 janeiro de 2024, por meio de ligação telefônica, para realizar agendamento de horário para realização da avaliação necessária à obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).

3. As Pessoas com Deficiência serão submetidas à perícia médica oficial e à perícia técnica, conforme disciplinado na Portaria n.º 14814, de 29 de dezembro de 2023, que atestará sobre a qualificação como pessoa com deficiência e irá comprovar a aptidão do candidato para o exercício das atribuições do cargo, consoante o previsto no item 14.2.1 do Edital n.º 01/2023.

4. As pessoas com deficiência deverão comparecer à GESMT (Gerência de Segurança e Medicina do Trabalho), portando todas as documentações descritas no item 1 e o Laudo Médico original, conforme modelo do Anexo V do Edital n.º 01/2023, atestando-se a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente à Classificação Internacional de Doenças (CID), contendo-se, obrigatoriamente, a assinatura e o carimbo do número do CRM do médico responsável pela emissão, consoante o disposto na alínea “a”, subcláusula 6.1.8 do Edital.

5. Os candidatos que, por qualquer motivo, não se apresentarem para a contratação no momento e no prazo desta convocação, será desclassificado, sendo convocado outro candidato aprovado, respeitando a ordem de classificação.



6. Os casos omissos serão resolvidos pela Superintendência de Gestão Estratégica de Pessoas.

Itabirito, 08 de janeiro de 2024.

Cleusa de Lourdes Claudino
Secretária Municipal de Saúde



ANEXO I

LISTAGEM DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS E CONVOCADOS

Agente Administrativo da Saúde (12x36 horas)		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	WELESSON OLIVEIRA DA SILVA	15422628

Agente Administrativo da Saúde (40 horas)		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	MIRIAM LÚCIA DE OLIVEIRA	15421263
2	ROSIANE ALVES DE NOVAIS	15420178
3	LAYZ LAYLA MATEUS DA PAZ	15422609
4	ISABELA JORDANA BUENO DE MENDONCA	15421825
5	FERNANDA APARECIDA FERREIRA	15406352

Agente de Serviço em Saúde (40 Horas)		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	JOÃO PAULO DE ARRUDA CARVALHO	15407640

Técnico de Serviço em Saúde I - Técnico Em Radiologia		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	JUNIO ANACLETO FREITAS SILVA	15410790

Técnico de Serviço Em Saúde II (40 Horas) - Técnico em Patologia Clínica		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	ALESSANDRA CRISTINA DE CASTRO MAGALHAES	15421493

Técnico de Serviço Em Saúde II (12x36 horas) - Técnico em Patologia Clínica		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	GABRIEL VICTOR PEREIRA ROSA	15406419
2	DERCY BARBOSA DIAS	15409237

Técnico de Serviço em Saúde II - Técnico Em Saúde Bucal		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	BRUNA BARBOSA DE OLIVEIRA	15405345
2	JEQUIANA AUXILIADORA LESSA AGOSTINHO	15407666
3	THAINARA CRISTINA DA CUNHA PORTO	15419161
4	RENATA HERCULANO VIEIRA	15405251



Técnico de Serviço em Saúde III (40 Horas) - Técnico em Enfermagem (Ampla Concorrência)		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	NATÁLIA DE MATOS COELHO LIMA BARÇANTE	15405525
2	ANIE SILVIA AVELINO	15405846
3	THAIANY FERNANDES DE DEUS SILVA	15423450
4	MAYRA MIRELLE FARIA COSTA	15405211
5	RAFAELA HERCULANO SILVA	15407042
6	VANIA LEITE COSTA MENDES	15413142
7	VANESSA GOMES COIMBRA	15418835
8	THAIANE GOMES CARDOSO	15420132
9	LEMUEL ASSUNÇÃO GARIGLIO	15420709

Técnico de Serviço em Saúde III (40 Horas) - Técnico em Enfermagem (Vaga reservada PcD*)		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1PcD*	RENATA CASSIANA ALVES ARAUJO	15406454

* PcD = Pessoa com Deficiência

Técnico de Serviço em Saúde III (12x36 horas) - Técnico em Enfermagem		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	MARIA TERESA MARTINS DOS SANTOS	15411037
2	SERGIO GOMES DA SILVA JUNIOR	15411768

Cirurgião Dentista I		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	NATÁLIA DAMASCENO CAETANO	15409095
2	BIANCA LARA TAVARES RESENDE	15408450

Enfermeiro I		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	KEILA DE FATIMA LUIZ RIBEIRO	15415702
2	JORD ARRUDA DINIZ	15408701
3	JAQUELYNE FILARDI ALMEIDA ARAUJO	15422566
4	ALINE DE FÁTIMA LIBERATO	15421945

Fiscal Sanitário		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	ALCIMAR RODRIGUES	15405843



Médico PSF II		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	ARIANE VIEIRA MARCAL	15409806
2	RICARDO MURILO TOTARO LOPES	15405414
3	VITOR RODRIGUES VIANA	15421599
4	MARIA EDUARDA MELO ALVES FREITAS	15421806
5	SAMUEL AZEVEDO ARAÚJO PEDROSA	15421069

Médico Veterinário		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	RENATO ANTONIO RAMOS SILVEIRA	15421937

Técnico Superior em Saúde I - Serviço Social		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	YURI SOARES DA SILVA	15421205
2	CÁSSIA LUSIA DA SILVA COSTA	15422576
3	LARISSA DE BARROS COUTO LANDGRAF	15412118

Técnico Superior em Saúde I - Farmácia		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	SHIARA MARTINS DE SOUZA	15421348
2	GABRIELA DE MIRANDA MACHADO	15422756

Técnico Superior em Saúde I - Psicologia		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	FRANCIELY SOARES QUEIROZ	15422154
2	MICHELLE FRANCISCA MOREIRA	15424195
3	NAYARA AVILA DOS SANTOS	15414566
4	GABRIELA ALICE MARTINS	15422853
5	MARIA LUIZA NASCIMENTO BONATO	15406264
6	NATHALIA CARDOSO MUNIZ	15410237
7	ÍVENA CAROLINA FARIA DA SILVA MOTA	15416274
8	MESSIAS JOSE GOMES MARGARIDA	15421445

Técnico Superior em Saúde II - Biomedicina		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	DANIELA MARIA DE SOUSA LIMA	15405965

Técnico Superior em Saúde II - Educação Física		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	JULIANA DELGADO FREIRE	15421884



Terapeuta Ocupacional		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	ANA LUISA DOS REIS GONÇALVES MAGALHÃES	15420414
2	LUIZA CASSIMIRO SILVA	15422062

Cirurgião Dentista I - Especialista em Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	IZABELLA RIBEIRO CHAVES	15422238

Cirurgião Dentista I - Especialista em Endodontia		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	MARIA DE FATIMA SOUZA	15415894
2	ANA LUIZA PACHECO DA SILVA SOARES	15405383
3	ROSELINE CARVALHO CANUTO	15421628

Cirurgião Dentista I - Especialista em Odontopediatria		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	LILIAN MARCIA SPINELLI SANTOS MIRANDA	15415561

Cirurgião Dentista I - Especialista em Ortodontia		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	MARIANNY LARA FERREIRA PINTO	15411289

Cirurgião Dentista I - Especialista em Periodontia		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	ALEX MARTINS GOMES	15421994
2	FLÁVIA LIZ RESENDE VAZ DE MELO	15410811

Cirurgião Dentista I - Especialista em Prótese Dentária		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
1	GUILHERME RODRIGUES DE OLIVEIRA	15421329



ANEXO II

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO
Secretaria Municipal de Administração
Superintendência de Gestão Estratégica de Pessoas
Gerência de Segurança e Medicina do Trabalho - GESMT

EXAME MÉDICO

DATA:

1- Dados Pessoais

Nome:		
Cargo / Função:		
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Estado:
Data de Nascimento:	Cidade de Nascimento:	Idade:
Estado Civil:	Número da Identidade:	CPF:
Escolaridade:	Telefone (01):	Telefone (02):

2- Histórico Ocupacional

Últimas empresas em que trabalhou	Cargo / Função

3- Responda as questões abaixo:

Já esteve em auxílio doença pelo INSS?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Período?
Motivo?		
Já sofreu acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Quais as providências tomadas?		
Trabalhou em ambiente perigoso ou insalubre?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Esteve exposto a ruídos intensos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Esteve exposto a substâncias químicas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Sofreu de alergia ou doença de pele devido ao ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Sofreu exposição a radiação?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Tem dificuldade para determinados movimentos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Observações?		

4- Histórico Familiar

Doenças na família (Pai, mãe, irmão e filhos)	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?

5- Mulheres

Tem Filhos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos?
Quantas Gestações?	Quantos Partos?	Última menstruação em:

6- Histórico de Doenças

É diabético	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Tem alguma deficiência visual?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Tem alguma deficiência auditiva?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?

ANEXO II

Sofreu algum acidente que deixou sequelas?		Não		Sim. Qual?
Tem algum problema físico?		Não		Sim. Qual?
Sofre com lesões por esforço repetitivo?		Não		Sim. Qual?
Faz ou já fez uso de calmantes/ antidepressivos?		Não		Sim. Qual?
Faz uso de algum medicamento contínuo		Não		Sim. Qual?
Possui alguma enfermidade Crônica?		Não		Sim. Qual?
É alérgico algum medicamento?		Não		Sim. Qual?
Faz ou já fez acompanhamento psicológico?		Não		Sim. Qual?
Foi Submetido ou indicado a alguma cirurgia?		Não		Sim. Qual?

7- Para uso médico

Pressão arterial:	Altura:	Peso:
Acuidade Visual		
Acuidade Auditiva		

Anamnese

Sintomático?		Não		Sim
Quais queixas apresentadas?				
Ectoscopia		Normal, sem alterações físicas		Alterada
Quais alterações apresentadas?				
ACR e AR		ACV RCR 2T BNF S/S - AR MVF SRA		Alterada
Quais alterações apresentadas?				
Coluna Vertebral		Normal, sem escoliose, lordose		Alterada
Quais alterações apresentadas?				
MMSS		Normal com ADM normal, sem presença de cistos ou edemas		Alterados
Quais alterações apresentadas?				
MMII		Normal, sem edemas, limitações de ADM ou presença de varizes		Alterados
Quais alterações apresentadas?				
Alterações apresentadas no Exame Físico:				
Observações finais:				
Houve necessidade de junta médica?		Não		Sim

8- Conclusão

Conforme Exame Clínico realizado, considero o candidato:	
<input type="checkbox"/>	Apto, sem restrições para o exercício da função.
<input type="checkbox"/>	Apto, com restrições para o exercício da função.
<input type="checkbox"/>	Inapto para o exercício da função.
<input type="checkbox"/>	Inapto definitivamente para o exercício da função.

Data

Médico Avaliador (assinatura e carimbo)

Candidato(a)



ANEXO III

Declaração de Acumulação de Cargo Público

Eu _____, portador (a) do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, declaro, sob penas da lei, não acumular remuneração ou proventos de cargo, função ou emprego público, nos casos vedados por lei, conforme o disposto no art.37 da Constituição da República, podendo ocorrer averiguação dos fatos relatados e, no caso de comprovado a inveracidade das informações prestadas, serão aplicadas as medidas cabíveis na esfera administrativa e penal.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Itabirito, _____ de _____ de 20__

Assinatura do candidato



ANEXO IV

Declaração de Bens

Eu _____, portador (a) do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, declaro, sob penas da lei, que não possuo bens móveis e imóveis, podendo ocorrer averiguação dos fatos relatados e, no caso de comprovado a inveracidade das informações prestadas, serão aplicadas as medidas cabíveis na esfera administrativa e penal.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Itabirito, _____ de _____ de 20__

Assinatura do candidato



ANEXO VI

Ficha Cadastral – Servidor (a)

NOME: _____

ENDEREÇO: _____ **N.º:** _____

COMPLEMENTO: _____ **CEP:** _____ **BAIRRO:** _____

CIDADE: _____ **ESTADO:** _____

TELEFONES: () _____ () _____ () _____

E-MAIL: _____

NATURALIDADE: _____ **UF:** _____

DATA NASCIMENTO: ____/____/____ **SEXO:** () Masculino () Feminino

RAÇA/COR: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separação Judicial

() Divorciado () União Estável () Outros

GRAU DE ESCOLARIDADE:

() Analfabeto () Até 4ª Série () de 5ª a 8ª Série

() 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º completo

() Superior Completo () Superior Incompleto

() Pós Graduação () Mestrado () Doutorado

POSSUI DEPENDENTE IMPOSTO RENDA: () SIM () NÃO – Caso possua preencher o formulário do Anexo VII.



ANEXO VII

Declaração de Encargos de Família
para fins de Imposto de Renda

Em obediência à legislação do Imposto de Renda, venho pelo presente informa-lhe que tenho como encargo de família, os dependentes abaixo relacionados:

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA						
Ordem	Nome Completo	CPF	Relação Dependência	Data de Nascimento	Grau Instrução	Inválido
01						
02						
0						
04						
05						
06						

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Não cabendo a V. Sas (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Itabirito, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Declarante