



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO– PROCESSO SELETIVO
SIMPLIFICADO**

EDITAL N.º 01/2023

10ª CONVOCAÇÃO DO CANDIDATO APROVADO

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 a convocação do candidato aprovado para a função de: Terapeuta Ocupacional.

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 22 de janeiro a 02 de fevereiro 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) 97554-0910 e (31) 9 91302924, nos dias 22 e 23 de 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, 19 de janeiro de 2024.

Cleusa de Lourdes Claudino
Secretária Municipal de Saúde



ANEXO I

LISTAGEM DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS E CONVOCADOS

Terapeuta Ocupacional		
Classificação	Nome do candidato	Inscrição
3	JURANDIR MACIEL DE OLIVEIRA FILHO	15418778



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