



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

**EDITAL N.º 01/2023**

**29ª 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 **Agente de Serviço em Saúde (40 horas)**.

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 à Diretoria de Administração de Pessoal, 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 23 de fevereiro a 07 de março 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 22, 23 e 24 de fevereiro 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. O candidato que, por qualquer motivo, não se apresentar 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, 22 de fevereiro de 2024.

Cleusa de Lourdes Claudino  
**Secretária Municipal de Saúde**



## ANEXO I

### LISTAGEM DO CANDIDATO CLASSIFICADO E CONVOCADO

<b>Agente de Serviço em Saúde (40 horas)</b>		
<b>Classificação</b>	<b>Nome do candidato</b>	<b>Inscrição</b>
2	CAMILA MARQUES BRAGA	15422665



## 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?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
Tem algum problema físico?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
Sofre com lesões por esforço repetitivo?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
Faz ou já fez uso de calmantes/ antidepressivos?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
Faz uso de algum medicamento contínuo	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
Possui alguma enfermidade Crônica?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
É alérgico algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
Faz ou já fez acompanhamento psicológico?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?
Foi Submetido ou indicado a alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim. Qual?

### 7- Para uso médico

Pressão arterial:	Altura:	Peso:
Acuidade Visual		
Acuidade Auditiva		

### Anamnese

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

<b>DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA</b>						
<b>Ordem</b>	<b>Nome Completo</b>	<b>CPF</b>	<b>Relação Dependência</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Grau Instrução</b>	<b>Inválido</b>
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