

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO-MG**  
**EDITAL DE PROCESSO SELETIVO PÚBLICO Nº 001/2023**  
**RETIFICAÇÃO Nº 04**

O Prefeito de Itabirito-MG, no uso de suas atribuições legais, retifica o **Edital nº 001/2023**, referente ao Processo Seletivo Público de Provas para preenchimento de vagas do seu Quadro de Pessoal, na forma que se segue:

**I - FICAM ALTERADOS** os itens **14.2., 14.6., 15.8. e 15.20.**, conforme abaixo:

**14.2.:** O Aviso de Convocação será feito mediante carta registrada, por A.R., para o endereço fornecido pelo candidato no ato da inscrição, divulgado no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito e disponibilizado no site <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos>, fixando a data limite para apresentação do candidato.

**14.6.:** Para realização do Exame Médico, de caráter eliminatório Pré-Admissional, todos os candidatos deverão apresentar resultado dos seguintes exames: Hemograma, Glicemia de jejum, EAS/gram e Anti HBs AG e ficha de exame médico (conforme modelo do Anexo XV) devidamente preenchida.

**15.8.:** Todas as publicações referentes a este Processo Seletivo Público até a sua homologação serão devidamente divulgadas no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito, nos sites [www.imamconcursos.org.br](http://www.imamconcursos.org.br) e <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos>.

**15.20.:** Os itens deste Edital poderão sofrer eventuais retificações, enquanto não consumada a providência ou evento que lhes disser respeito, circunstância que será mencionada em Edital e Retificação, publicado no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito, nos sites [www.imamconcursos.org.br](http://www.imamconcursos.org.br) e <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos> e no Jornal Diário Oficial do Estado.

**II – FICAM INCLUÍDOS** os itens **14.2.1. e 14.7 alíneas v, w, x, y e z, 14.9.1., 14.9.1. 14.9.2.** conforme abaixo:

**14.2.1.:** Todas as publicações referentes a este Processo Seletivo Público após a sua homologação serão devidamente divulgadas no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito, e disponibilizado no site da Prefeitura <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos>

**14.7. alíneas:**

**v)** Declarações de bens de próprio punho e ou com firma reconhecida; (conforme modelos do Anexo XII);

**w)** Ficha cadastral (conforme modelo do Anexo XIII) e Declaração de dependentes de imposto de renda (conforme modelo do Anexo XIV);

**x)** Apresentar folha de antecedentes da Polícia Federal expedida, no máximo, nos 90 (noventa) dias anteriores à data de entrega fixada em edital e dentro do prazo de validade específico, emitida no endereço eletrônico: <https://antecedentes.dpf.gov.br/antecedentes-criminais/certidao>;

**y)** Apresentar folha de antecedentes da Polícia Civil dos Estados onde tenha residido nos últimos 5 (cinco) anos, expedida, no máximo, nos 90 (noventa) dias anteriores à data de entrega fixada em edital e dentro do prazo de validade específico;

**z)** Apresentar certidões dos setores de distribuição dos foros criminais dos lugares que tenha residido nos últimos 5 (cinco) anos, expedidas, no máximo, nos 90 (noventa) dias anteriores à data de entrega fixada em edital e dentro do prazo de validade específico, descritas a seguir:

I – Certidão de antecedentes criminais, da(s) cidade(s) da Jurisdição onde reside da Justiça Federal, emitida no endereço eletrônico: <https://sistemas.trf1.jus.br/certidao/#/solicitacao>;

II – Certidão de antecedentes criminais, da(s) cidade(s) da Jurisdição onde reside da Justiça Estadual ou do Distrito Federal, emitida no endereço eletrônico: <https://rupe.tjmg.jus.br/rupe/justica/publico/certidoes/criarSolicitacaoCertidao.rupe?solicitacaoPublica=true>

**14.9.1.:** O impedimento de que trata o caput do artigo 13 inicia-se com o trânsito em julgado da sentença condenatória e persiste até cinco anos após a extinção da pena.

**14.9.2.:** O impedimento de que trata o caput do artigo 13 não se aplica aos crimes culposos, aos crimes a que a lei não comina isolada, cumulativa ou alternativamente pena privativa de liberdade e aos definidos em lei como de pequeno potencial ofensivo, exceto, neste último caso, quando se tratar de violência doméstica contra mulher

III – FICAM INCLUÍDOS os Anexos XII – Declaração de Bens, Anexo XIII – Ficha Cadastral, Anexo XIV - Declaração de Dependentes de Imposto de Renda e Anexo XV - Ficha de Exame Médico, conforme abaixo:

### ANEXO XII – DECLARAÇÃO DE BENS

#### 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

#### Declaração de Bens

Eu \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, sob penas da lei, possuo bens móveis e imóveis listados a seguir:

---

---

---

---

---

---

---

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 XIII – FICHA CADASTRAL

#### 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

Recebe algum benefício da Previdência Social? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Possui Dependente Imposto Renda: ( ) SIM ( ) NÃO – Caso possua preencher o formulário no verso.

**ANEXO XIV – DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA**

**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>Invalído</b>
01						
02						
03						
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

## ANEXO XV – FICHA DE EXAME MÉDICO



**PREFEITURA DE  
ITABIRITO**

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

<b>EXAME MÉDICO</b>	<b>DATA:</b>
---------------------	--------------

### 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)	
(   ) Não	(   ) Sim. Qual?

### 5- Mulheres

Tem Filhos?	(   ) Não	(   ) 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?		Não		Sim. Qual?
Tem alguma deficiência auditiva?		Não		Sim. Qual?
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.

	Inapto para o exercício da função.
	Inapto definitivamente para o exercício da função.

---

**Data**

---

**Médico Avaliador (assinatura e carimbo)**

---

**Candidato(a)**

**Os demais itens do Edital permanecem inalterados.**

Itabirito, 08 de fevereiro de 2024

**ORLANDO AMORIM CALDEIRA  
PREFEITO MUNICIPAL**