



# MUNICÍPIO DE MURIAÉ

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

### EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 002, DE 20 DE MARÇO DE 2023

*Convoca o candidato nomeado pelo Decreto n.º 11.832, de 20 de Março de 2023, para a realização de atos necessários para a investidura em cargo efetivo do quadro de pessoal da Prefeitura Municipal de Muriaé e dá outras providências.*

O Município de Muriaé, por intermédio da Secretaria Municipal de Administração, no uso de suas atribuições legais, convoca o candidato aprovado no Concurso Público de Provas e Títulos, de que trata o Edital 002/2019, homologado pelos Decretos n.º 9.536, de 03 de março de 2020 e n.º 9.565, de 12 de março de 2020, nomeado pelo Decreto n.º 11.832 de 20 de Março de 2023 para comparecer à Rua Ivan Américo, s/n.º, Centro, Muriaé - MG, 36880-000, Centro Estadual de Atenção Especializada – CEAE (Antigo Viva Vida), para a realização de Exame Médico Admissional, em ato contínuo, para apresentar os documentos admissionais e de preenchimento dos requisitos para ocupação do respectivo cargo e, posteriormente, para tomar posse em seu respectivo cargo:

#### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL SUPERIOR

##### CARGO ASSISTENTE SOCIAL

| Colocação | Nome Completo            |
|-----------|--------------------------|
| 37        | NATÁLIA BARROS RODRIGUES |

#### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL SUPERIOR

##### CARGO NUTRICIONISTA

| Colocação | Nome Completo                |
|-----------|------------------------------|
| 4         | MARCELA APARECIDA LIMA SILVA |

#### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL SUPERIOR

##### CARGO ENFERMEIRO

| Colocação | Nome Completo             |
|-----------|---------------------------|
| 3         | ERIELEN BRUNA DE OLIVEIRA |

#### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL SUPERIOR

##### CARGO ENGENHEIRO CIVIL

| Colocação | Nome Completo                   |
|-----------|---------------------------------|
| 2         | LAÍZA LETÍCIA DA SILVEIRA LOPES |

#### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL SUPERIOR

##### CARGO ENGENHEIRO AMBIENTAL

| Colocação | Nome Completo             |
|-----------|---------------------------|
| 1         | GUSTAVO HENRIQUE OLIVEIRA |

#### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL SUPERIOR

##### CARGO ARQUITETO URBANISTA

| Colocação | Nome Completo                      |
|-----------|------------------------------------|
| 1         | PRISCILA CRISTINA SCHOTT DE AQUINO |

#### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL MÉDIO

##### CARGO TÉCNICO ADMINISTRATIVO

| Colocação | Nome Completo                         |
|-----------|---------------------------------------|
| 22        | FERNANDA DE FREITAS FERREIRA NOGUEIRA |



# MUNICÍPIO DE MURIAÉ

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

|    |                         |
|----|-------------------------|
| 23 | ULYSSES BARROS SILVEIRA |
|----|-------------------------|

### CLASSIFICAÇÃO – NÍVEL ELEMENTAR

#### CARGO MOTORISTA

| Colocação | Nome Completo                   |
|-----------|---------------------------------|
| 34        | AUDAIR JOSÉ DE PAULA            |
| 35        | ALEX ALVES                      |
| 36        | MARCOS JOSÉ DOS SANTOS TEIXEIRA |
| 37        | ODAIR CUSTODIO DE SOUZA         |

### 1. DO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

1.1. O candidato nomeado pelo Decreto nº 11.832 de 20 de Março de 2023, deverá comparecer à Rua Ivan Américo, s/n.º, Centro, Muriaé - MG, 36880-000, Centro Estadual de Atenção Especializada – CEAE (Antigo Viva Vida), no dia 30 de Março de 2023, à partir de 12h30min, para a realização de Exame Médico Admissional.

1.2. O candidato deverá comparecer ao local designado para a realização do Exame Médico Admissional com a antecedência mínima de 15 (quinze) minutos, munido dos documentos descritos no item 3 deste Edital.

### 2. DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

2.1. Caberá à Comissão de Avaliação Médica, designada em ato próprio, analisar o resultado dos exames entregues pelo candidato aprovado e proceder ao respectivo exame médico admissional.

### 3. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

3.1. Para a realização da **Perícia Médica Oficial** de caráter eliminatório Pré-Admissional, o candidato, conforme dia e horário designado no item 1.1 deste Edital, deverá apresentar o resultado dos exames dispostos no *item 13.6* do Edital 002/2019, quais sejam:

I - Hemograma completo, com eritograma, leucograma e contagem de plaquetas;

II- Tempo de tromboplastina pericial ativa (TTPA);

III- Gama-glutamilttransferase (GamaGT);

IV - Glicemia de Jejum;

V - Creatinina;

VI - Urina (rotina);

VII - Laudo de avaliação psicológica ou psiquiátrica;

VIII - Formulário Padrão sobre Antecedentes Clínico-Cirúrgicos Pessoais – **conforme modelo de Declaração constante no ANEXO VI deste Edital.**

3.2. Os exames a que se referem os itens 3.1 deste Edital deverão possuir data de expedição máxima de até 90 (noventa) dias anteriores à data designada para a **Perícia Médica Oficial.**

3.3. Para realização da **Perícia Médica Oficial** de caráter eliminatório Pré-Admissional, os candidatos ao cargo de **MOTORISTA**, além dos exames previstos no item 3.1, deverão apresentar: Raio-X da coluna vertebral.

3.4. A Comissão de Avaliação Médica responsável pela Perícia Médica Oficial Pré-Admissional poderá solicitar ao candidato a realização de outros exames complementares, bem como



designar data futura para reavaliação, conforme a necessidade.

3.5. O candidato que não puder realizar a perícia na data designada no item 1.1 deste Edital deverá preencher o Requerimento de Redesignação, constante no **ANEXO I** deste Edital, e enviá-lo no endereço eletrônico: [equipedp.muriae@gmail.com](mailto:equipedp.muriae@gmail.com), ou entregá-lo pessoalmente no Departamento de Pessoal.

3.6. O prazo para a realização do Exame Admissional é terminativo, não fazendo jus à posse o candidato que não apresentar o resultado da perícia até o dia 24 de Abril de 2023, quando houver pendências ou necessidade de exames complementares.

#### 4. DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS ADMISSIONAIS

4.1. Caberá à Comissão de Avaliação dos Documentos Admissionais, designada pela Portaria n.º 35, de 09 de Janeiro de 2023, da Secretaria Municipal de Administração, analisar os documentos necessários à posse entregues pelo candidato nomeado pelo Decreto n.º 11.832, de 20 de Março de 2023.

#### 5. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À POSSE

5.1. O candidato nomeado pelo Decreto n.º 11.832 de 20 de Março de 2023, deverá apresentar os documentos dispostos no *item 13.8* do Edital 002/2019, quais sejam:

- a) Original e fotocópia da certidão de nascimento ou da certidão de casamento (se for o caso, devidamente averbada);
- b) Original e fotocópia do CPF, bem como comprovante de situação cadastral – disponível no endereço eletrônico: <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>;
- c) Original e fotocópia do título de eleitor, com certidão de quitação eleitoral – disponível no endereço eletrônico: <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>;
- d) Original e fotocópia do certificado de reservista, se do sexo masculino;
- e) Original e fotocópia da carteira de identidade, ou do documento único equivalente, de valor legal;
- f) Original e fotocópia do comprovante de residência atualizado;
- g) Laudo médico favorável, sem restrições, fornecido por serviço médico oficial. Só poderá ser empossado aquele que for declarado apto, física e mentalmente, para o exercício do cargo;
- h) Original e fotocópia dos documentos que comprovem a escolaridade e os pré-requisitos exigidos para o cargo;
- i) Original e fotocópia do certificado de conclusão do curso e registro profissional correspondente ao cargo a que concorre, quando o exercício da atividade profissional do candidato o exigir;
- j) Comprovante de regular situação de inscrição no órgão de classe respectivo, quando o exercício da atividade profissional do candidato o exigir;
- k) 01 (uma) fotografia 3x4 recentes;
- l) Declaração de que exerce ou não outro cargo, emprego ou função pública, para os fins do disposto no art. 37, incisos XVI e XVII, da Constituição Federal – **conforme modelo de Declaração constante no ANEXO III deste Edital**;
- m) Documento, expedido pelo Ministério da Justiça, reconhecendo a igualdade de direitos, obrigações civis e gozo dos direitos políticos, nos termos do Decreto n.º 70.436 de 18/04/72 e dos arts. 15 e 17 do Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre Brasil e Portugal, celebrado em 22 de abril de 2000 e promulgado pelo Decreto n.º 3927/2001; e documento de identidade de modelo igual ao do brasileiro, com a menção da nacionalidade do portador e referência ao Tratado, nos termos do seu art. 22.º, na hipótese de o candidato nomeado e declarado apto na perícia médica ser **cidadão português** a quem



# MUNICÍPIO DE MURIAÉ

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

---

foi deferida igualdade nas condições previstas no § 1º do art. 12 da Constituição Federal.

- n) Certidão de nascimento e CPF de todos os dependentes, bem como **Declaração de Dependentes preenchida conforme modelo constante no ANEXO IV deste Edital.**
- o) PIS/PASEP;
- p) Declaração de bens e valores - **conforme modelo de Declaração constante no Anexo II deste Edital.**

5.2. Os candidatos aprovados poderão realizar a entrega dos documentos necessários à posse na data e horário especificados no item 1.1 deste Edital.

5.3. Os candidatos ao cargo de **MOTORISTA**, além dos documentos previstos no item 5.1, deverão apresentar: CNH na categoria B, C, D ou E, com anotação de Exercício de Atividade Remunerada, na forma do §3º c/c §5º, do art. 147, do CTB e suas alterações.

5.4. O prazo para a entrega dos documentos é terminativo, não fazendo jus à posse o candidato que não apresentá-los junto ao Departamento de Pessoal, para análise da Comissão de Avaliação dos Documentos Admissionais, até o dia 24 de Abril de 2023.

## 6. DA POSSE COLETIVA

6.1. Os candidatos nomeados pelo Decreto nº 11.832, de 20 de Março de 2023, aprovados no exame médico admissional e que tenham entregado toda documentação necessária, deverão comparecer no dia 12 de Abril de 2023, na Sala de Reunião Nádia Maria Acar Lipus Gomes, localizada na Avenida Maestro Sansão, nº 236, 1º andar, Centro Administrativo, Bairro Centro, Muriaé-MG, para cerimônia de posse a partir de 15 horas.

6.2. Em havendo impossibilidade de tomada de posse na data designada no item 6.1, o candidato aprovado deverá se apresentar junto ao Departamento de Pessoal dentro do prazo legal de 30 (trinta) dias para posse, ou seja, até o dia 24 de Abril de 2023.

6.3. Em havendo impossibilidade de tomada de posse dentro do prazo legal de 30 (trinta) dias, o candidato aprovado deverá requerer a prorrogação da posse, através do preenchimento do **Requerimento constante no ANEXO V deste Edital**, que deverá ser enviado no endereço eletrônico: [equipdp.muriae@gmail.com](mailto:equipdp.muriae@gmail.com), até às 23h59min do dia 24 de Abril de 2023, ou entregá-lo pessoalmente no Departamento de Pessoal até às 17h00min do dia 24 de Abril de 2023.

6.4 O(A) Candidato(a) que, na data da posse, encontrar-se impedido(a) de fazê-lo, por estar de licença de saúde ou em período de afastamento pós-parto, deverá comunicar, de forma inequívoca e por escrito, tal fato ao Departamento de Pessoal, até o dia 24 de Abril de 2023, de modo que fique assegurado o direito de assumir o cargo, sendo que o prazo legal para posse será contado a partir do término do impedimento.

6.5 Na hipótese de o candidato aprovado não comparecer, a posse poderá se dar mediante procuração específica, lavrada por instrumento público.

6.6 O não comparecimento para posse do candidato aprovado, a não apresentação dos documentos exigidos para realização do Exame Médico Admissional e dos documentos admissionais, a declaração de inaptidão no Exame Médico Admissional e/ou o não preenchimento dos requisitos para ocupação do respectivo cargo implicará na perda do direito à nomeação ao cargo para o qual o candidato foi aprovado, tornando sem efeito a nomeação do Decreto nº 11.832, de 20 de Março de 2023.

## 7. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 As publicações que regem esta convocação estarão disponíveis no sítio oficial



# MUNICÍPIO DE MURIAÉ

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

---

<<http://www.muriae.mg.gov.br>> e no Diário Oficial dos Municípios <<http://www.diariomunicipal.com.br/amm-mg/>>, sendo de responsabilidade exclusiva do candidato o seu acompanhamento.

7.2 Os casos omissos deste Edital serão analisados pela Secretaria Municipal de Administração.

Muriaé-MG, 20 de Março de 2023

**LEONARDO DIAS ALONSO SILVEIRA**  
Secretário Municipal de Administração



**ANEXO I**

**SOLICITAÇÃO DE REDESIGNAÇÃO DE PERÍCIA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
portador(a) do RG n.º \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, e do CPF n.º  
\_\_\_\_\_, nomeado(a) para o cargo de \_\_\_\_\_  
pelo Decreto n.º 11.832, de 30 de Março de 2023, publicado no Diário Oficial dos Municípios Mineiros, na  
impossibilidade de realizar o Exame Médico Admissional na data designada de 30 de Março de 2023  
(conforme item 1.1 do Edital de Convocação n.º 002/2023), solicito a designação de nova data para a  
realização do sobredito exame.

Termos em que pede e aguarda deferimento.

Muriaé-MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante

**Obs.:** O pedido deverá ser enviado para o e-mail: **equipedp.muriae@gmail.com**, ou entregue pessoalmente no endereço Av. Maestro Sansão, n.º 236, Centro, CEP: 36.880-000, no Departamento de Pessoal, nos termos do Edital de Convocação.



**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

Para fins de posse em cargo público no Município de Muriaé–MG, conforme o disposto no §6º do artigo 15 da Lei n.º 3.824/2009 – Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Município de Muriaé–MG, das Autarquias e das Fundações Públicas -, declaro:

Não possuo bens e valores a declarar;

Possuo bens e/ou valores, conforme Declaração em anexo.

| <b>DISCRIMINAÇÃO*</b> | <b>VALOR (\$)</b> |
|-----------------------|-------------------|
| 1.                    |                   |
| 2.                    |                   |
| 3.                    |                   |
| 4.                    |                   |
| 5.                    |                   |
| 6.                    |                   |

\* Informar bens móveis e imóveis.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, autorizando a Administração a proceder à guarda das informações constantes neste formulário, bem como das informações anuais posteriores que atualizarão a presente, resguardado o sigilo destas.

Muriaé-MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante



**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES E APOSENTADORIA**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Em consonância com o disposto nos **incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal de 1988** e o contido no **artigo 15, § 6º da Lei nº 3.824/2009**, declaro para fins de posse no cargo de \_\_\_\_\_, que:

1. ( ) **NÃO** exerço qualquer outro cargo, emprego ou função na Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; suas Autarquias, Fundações mantidas pelo Poder Público, Empresas Públicas, e Sociedades de Economia Mista **nem** percebo proventos de aposentadoria decorrentes de cargo, emprego ou função pública, e **não** exerço nenhuma atividade remunerada na iniciativa privada.

2. ( ) **ACUMULO** cargo, emprego ou função na Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; suas Autarquias; Fundações mantidas pelo Poder Público, Empresas Públicas, e Sociedade de Economia Mista; conforme a seguir:

Cargo(s): \_\_\_\_\_;

Órgão(s): \_\_\_\_\_;

3. ( ) **ACUMULO** emprego(s) em Empresa(s) da iniciativa privada:

Cargo(s): \_\_\_\_\_;

Empresa(s): \_\_\_\_\_;

4. ( ) **PERCEBO** proventos de aposentadoria(s) decorrente do(s):





# MUNICÍPIO DE MURIAÉ

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

---

Cargo(s): \_\_\_\_\_;

Órgão(s): \_\_\_\_\_;

Comprometo-me a comunicar ao Departamento de Pessoal da Secretaria Municipal de Administração qualquer alteração que vier a ocorrer em minha vida profissional que não atenda aos dispositivos legais previstos para os casos de acumulação de cargos.

Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ele responderei, sem prejuízo das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Muriaé-MG, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

Assinatura do Declarante

**ANEXO IV****DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES**

|                |                  |
|----------------|------------------|
| <b>Nome:</b>   |                  |
| <b>CPF:</b>    | <b>Telefone:</b> |
| <b>E-mail:</b> |                  |

**RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

(casamento e/ou nascimento)

|                            |                        |             |                    |
|----------------------------|------------------------|-------------|--------------------|
| <b>Nome:</b>               |                        |             | <b>Parentesco:</b> |
| <b>Nascimento:</b> /     / | <b>Sexo:</b> ( )F ( )M | <b>CPF:</b> |                    |
| <b>Nome:</b>               |                        |             | <b>Parentesco:</b> |
| <b>Nascimento:</b> /     / | <b>Sexo:</b> ( )F ( )M | <b>CPF:</b> |                    |
| <b>Nome:</b>               |                        |             | <b>Parentesco:</b> |
| <b>Nascimento:</b> /     / | <b>Sexo:</b> ( )F ( )M | <b>CPF:</b> |                    |
| <b>Nome:</b>               |                        |             | <b>Parentesco:</b> |
| <b>Nascimento:</b> /     / | <b>Sexo:</b> ( )F ( )M | <b>CPF:</b> |                    |

Declaro, sob pena de lei, que as informações aqui apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao Município de Muriaé qualquer responsabilidade. Declaro, ainda, que nenhuma vantagem foi ou será percebida, por si ou pelo cônjuge/companheiro, sob o mesmo fundamento.

Fazem parte desta declaração os seguintes documentos:

- ( ) Cópia da(s) certidão(ões) de nascimento do(s) dependente(s);
- ( ) CPF do(s) dependente(s).

**Obs:** O (a) servidor (a) é obrigado (a) a declarar quando alguma das pessoas relacionadas acima deixar de ser dependente.

Muriaé-MG, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante



**ANEXO V**

**SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE POSSE**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
portador(a) do RG n.º \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, e do CPF n.º  
\_\_\_\_\_, nomeado(a) para o cargo de \_\_\_\_\_  
pelo Decreto n.º 11.832, de 20 de Março de 2023, publicado no Diário Oficial dos Municípios Mineiros, na  
impossibilidade de Tomar Posse na data designada de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (conforme item 6 do Edital de  
Convocação n.º 002/2023, solicito a designação de nova data para fazê-lo.

Termos em que pede e aguarda deferimento.

Muriaé-MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante

**Obs.:** O pedido deverá ser enviado para o e-mail: **equipedp.muriae@gmail.com**, ou entregue pessoalmente no endereço Av. Maestro Sansão, n.º 236, Centro, CEP: 36.880-000, no Departamento de Pessoal, nos termos do Edital de Convocação.



**ANEXO VI**

**FORMULÁRIO PADRÃO SOBRE ANTECEDENTES CLÍNICO-CIRÚRGICOS**

**PESSOAS**

**Nome:** \_\_\_\_\_

1- O candidato foi ou é portador de doença infecto-contagiosa com sintomas clínicos?

Não  Sim - Qual? .

2- O candidato sofreu ou sofre de doença venérea de transmissão sexual (DST)?

Não  Sim - Qual? .

3- O candidato foi ou é portador de moléstia psiquiátrica / depressão pó período maior ou igual a 06 (seis) meses / internação psiquiátrica?

Não  Sim - Qual? .

4- O candidato foi ou é portador de patologia crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?

Não  Sim - Qual? .

5- O candidato foi ou é portador de distonia vocal / laringite crônica / alergia respiratória / rouquidão crônicas?

Não  Sim - Qual? .

6- O candidato sofreu ou sofre cirurgia, trauma ou seqüela de traumatismo / fratura / paralisia?

Não  Sim - Qual? .

7- O candidato sofreu internação hospitalar prévia / parto / cesariana / cirurgia / trauma / doença?

Não  Sim - Qual? .

8- O candidato foi ou é portador de anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado, retardo do crescimento / desenvolvimento, paralisia cerebral ou má- formação?

Não  Sim - Qual? .



# MUNICÍPIO DE MURIAÉ

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

---

9- O candidato sofreu ou sofre hemorragia / leucemia / doença linfática / anemia / icterícia / sangramento / transfusão / transplante?

Não  Sim - Qual? .

10- O candidato sofreu ou sofre tumor / câncer / displasia mamária / nódulo / cisto / neoplasia maligna comprovada por punção-biopsia / citologia, exame anatomopatológico?

Não  Sim - Qual? .

11- O candidato sofreu ou sofre angina / arritmia / isquemia / dor precordial / palpitação / crise hipertensiva?

Não  Sim - Qual? .

12- O candidato fez ou faz uso crônico de medicação anti-depressiva, analgésico, antiinflamatório, hormônio, insulina, corticóide, digitálico, diurético, vasodilatador, anti-alérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, bronco dilatador, anti-ácido, reposição hormonal do estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, AIDS ou câncer?

Não  Sim - Qual? .

13- O candidato fez ou faz uso crônico de medicação psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, anti-psicótico, narcótico, anticonvulsivante, estabilizador do humor, neuroléptico, lítio?

Não  Sim - Qual? .

14- O candidato necessitou ou necessita o uso de prótese / órtese / marca-passo / válvula cardíaca / transplante / bypass arterial / membro mecânico / transfusão / aparelhos ópticos e de audição / revascularização miocárdica ou angioplastia / ponto de safena?

Não  Sim - Qual? .

15- O candidato já foi impedido de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção, alcoolismo, toxicante, insuficiência de órgão vital ou doença do sangue?

Não  Sim - Qual? .

Por ser verdade, firmo o documento.

Muriaé, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

---

Assinatura



# MUNICÍPIO DE MURIAÉ

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

### ANEXO VII

### BOLETIM DE INSPEÇÃO MÉDICA - BIM

|  |          |  |            |
|--|----------|--|------------|
| Nome DADOS DO SERVIDOR   |          |  |            |
| Cargo  |          | MASP   |            |
| Situação Funcional <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Comissão <input type="checkbox"/> Estável |          |  |            |
| Filiação (Mãe)   |          |  |            |
| Estado Civil   | Sexo     | Data de Nascimento<br>/ /  | Identidade |
| Endereço Residencial (Rua, Av., Nº)  |          | Bairro   |            |
| CEP  | Telefone | Localidade   |            |
| Secretaria de Lotação  |          |  |            |
| Local de Trabalho  |          |  |            |
| Finalidade de Inspeção Médica  |          |  |            |
| 1 - <input type="checkbox"/> Licença para Tratamento de Saúde  |          | 2 - <input type="checkbox"/> Licença por Acidente de Trabalho      |            |
| 3 - <input type="checkbox"/> Licença por motivo de doença em pessoa da família   |          | 4 - <input type="checkbox"/> Exame Pré-Admissional                 |            |
| 4.1 - <input type="checkbox"/> Nomeação para Cargo de _____  |          | <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Comissão |            |
| 4.2 - <input type="checkbox"/> Contrato para a Função Pública de _____   |          |  |            |
| 5 - <input type="checkbox"/> Outros: _____   |          |  |            |
| _____/_____/_____<br>Data  |          | _____<br>Assinatura do Servidor                                    |            |

#### PARA USO DA CHEFIA IMEDIATA

|  |  |
|--|--|
| Declaro que a pessoa acima satisfaz as exigências previstas em Lei para ser submetido à perícia médica e exerce as seguintes atividades:<br>A funcionária encontra-se em readaptação?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |  |
| _____/_____/_____<br>Data  | _____<br>Assinatura da Chefia Imediata |

### RESULTADO DE EXAME MÉDICO - REM

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nome do Servidor                   |  |
| Cargo                              |  |
| Setor ou Departamento de Exercício |  |
| Secretaria                         |  |

DEVOLVER A CHEFIA IMEDIATA

|                  |                           |                             |  |
|------------------|---------------------------|-----------------------------|--|
| Nome do Servidor |                           | Início<br>_____/_____/_____ | Término<br>_____/_____/_____             |
| Cargo            | Departamento de exercício | Secretaria                  | Retorno ao Trabalho<br>_____/_____/_____ |

VIA SERVIDOR



### BOLETIM DE INSPEÇÃO MÉDICA - BIM

LAUDO MÉDICO

Anamnese

EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS)

DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

CID

CONCLUSÃO/HOMOLOGAÇÃO

- 1 -  Obteve \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias de licença, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 2 -  Apto para o Cargo
- 3 -  Licença não concedida
- 4 -  Inapto para o Cargo
- 4 -  Deve ser aposentado \_\_\_\_\_
- 5 -  Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Localidade

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico / Carimbo / CRM

PARA USO DO MÉDICO

Nome do Servidor

Conclusão / Homologação

\_\_\_\_\_  
Localidade

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico / Carimbo / CRM

