



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 003, DE 04 DE ABRIL DE 2023

Convoca o candidato nomeado pelo Decreto n.º 11.851, de 04 de Abril 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 11.851 de 04 de Abril 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 ODONTÓLOGO

Colocação	Nome Completo
3	FERNANDO SANTANA PRADO
4	LUCIANO CATHOUD DA CUNHA
5	ALESSANDRA FERNANDES VIEIRA
6	ALESSANDRA CAMPOS MALAFAIA FÉRES

1. DO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

1.1. O candidato nomeado pelo Decreto n.º 11.851 de 04 de Abril 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 12 de Abril de 2023, à partir de 10h30min, 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- Gamaglutamiltransferase (GamaGT);

IV - Glicemia de Jejum;

V - Creatinina;

VI - Urina (rotina);

VII - Laudo de avaliação psiquiátrica;



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

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. 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.

3.4. 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, ou entregá-lo pessoalmente no Departamento de Pessoal.

3.5. 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 05 de Maio 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 Admissíveis, 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 11.851, de 04 de Abril de 2023.

5. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À POSSE

5.1. O candidato nomeado pelo Decreto n.º 11.851 de 04 de Abril 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 nº 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 nº 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.”, na hipótese de o candidato nomeado e declarado apto na perícia médica ser **cidadão português** a quem 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. 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 05 de Maio de 2023.

6. DA POSSE COLETIVA

6.1. Os candidatos nomeados pelo Decreto nº 11.851, de 04 de Abril de 2023, aprovados no exame médico admissional e que tenham entregado toda documentação necessária, deverão comparecer no dia 20 de Abril de 2023, no Gabinete do Prefeito, localizado na Avenida Maestro Sansão, nº 236, 3º 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 05 de Maio 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: equipedp.muriae@gmail.com, até às 23h59min do dia 05 de Maio de 2023, ou entregá-lo pessoalmente no Departamento de Pessoal até às 17h00min do dia 05 de Maio 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 05 de Maio 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 11.851, de 04 de Abril de 2023.



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

7. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 As publicações que regem esta convocação estarão disponíveis no sítio oficial <<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, 04 de Abril de 2023

LEONARDO DIAS ALONSO SILVEIRA
Secretário Municipal de Administração



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA 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 11.851, de 04 de Abril de 2023, publicado no Diário Oficial dos Municípios Mineiros, na
impossibilidade de realizar o Exame Médico Admissional na data designada de 12 de Abril de 2023
(conforme item 1.1 do Edital de Convocação n.º 003/2023), 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.

DISCRIMINAÇÃO*	VALOR (\$)
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):

Cargo(s): _____;



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

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**

Nome:	
CPF:	Telefone:
E-mail:	

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(casamento e/ou nascimento)

Nome:			Parentesco:
Nascimento: / /	Sexo: ()F ()M	CPF:	
Nome:			Parentesco:
Nascimento: / /	Sexo: ()F ()M	CPF:	
Nome:			Parentesco:
Nascimento: / /	Sexo: ()F ()M	CPF:	
Nome:			Parentesco:
Nascimento: / /	Sexo: ()F ()M	CPF:	

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



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

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 11.851, de 04 de Abril 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 003/2023, 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? .

9- O candidato sofreu ou sofre hemorragia / leucemia / doença linfática / anemia / icterícia /



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

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 estrogênio 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 / /	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: _____			
_____/_____/_____ Data		_____ 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: A funcionária encontra-se em readaptação?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura da Chefia Imediata

RESULTADO DE EXAME MÉDICO - REM

Nome do Servidor			
Cargo			
Setor ou Departamento de Exercício			
Secretaria			

Nome do Servidor		Início _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	Término _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____
Cargo	Departamento de exercício	Secretaria	Retorno ao Trabalho _____/_____/_____ _____/_____/_____

DEVOLVER A CHEFIA IMEDIATA

VIA SERVIDOR



MUNICÍPIO DE MURIAÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

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