

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

CONVOCAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Município de Nova Lima – EDITAL N° 02/2025

A Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado – Edital nº 02/2025, CONVOCA a candidata **EDUARDA FERREIRA DE SOUZA**, aprovada e classificada no referido certame, para apresentação da documentação necessária à realização do exame admissional e aos demais procedimentos preparatórios para posterior contratação temporária na função de Técnico de Enfermagem junto à Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA.

I- DO EXAME ADMISSIONAL - SERVIÇO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR (SIASS/SUGESP)

O(a) candidato(a) classificado(a) deverá apresentar a documentação relativa ao exame admissional nos termos do item 15.4, do referido edital, observando rigorosamente as disposições a seguir:

Prazo: a documentação deverá ser entregue até o dia **16 de junho de 2026**, no horário das **08:30 h às 17h**.

Local de entrega: recepção Administrativa do **Serviço Integrado de Assistência à Saúde do Servidor — SIASS**, localizado na Rodovia Januário Carneiro, nº 876, 5º andar, Bairro Pau Pombo, Nova Lima/MG, CEP 34004-842.

Forma de apresentação: a documentação deverá ser acondicionada em **envelope pardo**, devidamente fechado e etiquetado com o nome completo do(a) candidato(a), de forma legível e em destaque na face frontal do envelope.

Documentação exigida: o(a) candidato(a) deverá apresentar, devidamente preenchidos, o ANEXO A e B. O anexo A é autodeclaração de saúde o candidato. O anexo B deve ser preenchido, datado e assinado por médico regularmente inscrito no **Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG)**. O documento será submetido a **auditoria médica** pelo SIASS para fins de **homologação e cumprimento da Lei nº 2590/17**, como condição prévia à assinatura do contrato temporário.



O não cumprimento do prazo ou das formalidades estabelecidas neste ato implicará em desclassificação do(a) candidato(a) e a consequente convocação do próximo classificado, nos termos do edital.

II- DA CONTRATAÇÃO – SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS (SUGESP)

Após a homologação da avaliação médica pelo SIASS, o(a) candidato(a) deverá comparecer à Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGESP/SEMAD) para os procedimentos necessários à formalização da contratação temporária, mediante apresentação da documentação relacionada abaixo.

Do local, data e horário

Local:	Subsecretaria de Gestão de Pessoas — SUGESP / SEMAD — Praça Bernardino de Lima, 80 – Centro – Nova Lima - subsolo
Data:	Até 17/06/2026
Horário:	08:30 às 16:30 horas

O(a) candidato(a) deverá comparecer **pessoalmente**, portando **originais e cópias** de todos os documentos exigidos. As autenticações serão realizadas por servidor público do Município de Nova Lima/MG, à vista dos originais (Lei Federal nº 13.726/2018).

Da documentação obrigatória para a contratação

Nos termos do item 15.5 do Edital, no ato da contratação o(a) candidato(a) deverá apresentar obrigatoriamente **originais e cópias** dos documentos abaixo. A ausência de qualquer documento ou o não comparecimento no prazo implicará as consequências previstas no edital.

Item	Documento exigido
a)	Documento oficial de identificação com foto, conforme estabelecido neste Edital;
b)	Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou documento oficial que conste o número do CPF ou comprovante de inscrição no CPF, impresso a partir do endereço eletrônico da Secretaria da Receita Federal do Brasil ou emitido pela entidade conveniada no ato da inscrição, desde que acompanhado de documento de identificação do inscrito;
c)	02 (duas) fotos 3x4 coloridas recentes;
d)	Título de Eleitor com comprovante de votação na última eleição dos dois turnos, quando houver, ou comprovante de quitação da Justiça Eleitoral ou Certidão de Quitação Eleitoral, acompanhada do Título de Eleitor obtida em cartório eleitoral ou na página oficial do Tribunal Superior Eleitoral; https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral ;

Item	Documento exigido
e)	Certificado de Reservista de 1ª e 2ª categorias ou documento equivalente (Certificado de Alistamento Militar - CAM; Certificado de Dispensa de Incorporação - CDI; Certificado de Isenção), se do sexo masculino;
f)	Cartão de inscrição no PIS ou PASEP (exceto no caso de primeiro emprego);
g)	Comprovante de residência (água, energia ou telefone) atualizado ou Declaração de próprio punho do interessado, conforme Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, expedido nos últimos 03 (três) meses;
h)	Comprovante de escolaridade mínima exigida (diploma ou certificado) de conclusão de curso, devidamente registrado e legalmente reconhecido, expedido por instituição oficial de ensino, conforme habilitação/área de conhecimento, acompanhado do Histórico Escolar, conforme o cargo;
i)	Para os candidatos inscritos na condição de Pessoa com Deficiência (PcD), atestado médico comprovando a aptidão física e mental do candidato para o exercício do cargo, emitido por equipe multiprofissional e interdisciplinar, juntamente com o Laudo Médico apresentado na inscrição;
j)	Registro Profissional no órgão fiscalizador de exercício profissional ou órgão de classe competente ou conselho de classe, quando houver;
k)	Declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública, conforme Constituição e previsto neste Edital;
l)	Certidão de Nascimento, Cadastro de Pessoa Física - CPF e cartão de vacinas dos filhos até 14 anos;
m)	Comprovante de abertura de conta bancária corrente ou salário na instituição Banco Santander;
n)	Atestado de antecedentes criminais emitido pela Secretaria de Segurança Pública;
o)	Se casado(a): certidão de casamento e CPF do cônjuge.
p)	Carteira de Trabalho — cópia da página com número e série ou impressão da CTPS Digital.

Nova Lima, 10 de junho de 2026.



Henrique Aparecido Pimenta
Secretário Municipal de Administração



Subsecretaria de
Gestão de Pessoas
SUGESP



Secretaria Municipal
de Administração
SEMAD



SIASS – Serviço Integrado de
Atenção à Saúde do Servidor

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Nome completo:

Documento de identidade (RG): CPF:

Data de nascimento: / / Cargo pretendido:

Nº de inscrição:

Telefone: E-mail:

**COLAR
FOTO 3x4
(recente)**

2 QUESTIONÁRIO CLÍNICO (autopreenchimento)

Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO
1	Tem ou já teve alguma doença importante ou de tratamento prolongado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Já esteve internado(a) em hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Usa algum medicamento de forma regular ou contínua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Possui algum problema cardíaco diagnosticado ou faz uso de medicação para o coração ou para pressão arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Já sentiu dor no peito, falta de ar ou mal-estar importante aos esforços ou em repouso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Apresentou tontura, desequilíbrio, convulsão ou perda de consciência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Possui problema ósseo, articular ou muscular que limite suas atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Possui alguma alteração de audição ou de visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Já foi submetido(a) a alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Tem ou já teve problema alérgico, asma ou bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tem ou já teve acompanhamento ou tratamento neurológico ou psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Faz ou já fez uso problemático de álcool, tabaco ou outras substâncias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Já ficou afastado(a) do trabalho por motivo de saúde (inclusive com perícia do INSS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Existe doença comum a vários membros da sua família (ex.: hipertensão, diabetes, asma, epilepsia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sabe de alguma razão de saúde que possa impedir o exercício das atribuições do cargo pretendido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalhamentos / informações complementares (quando necessário):

3 DECLARAÇÃO

Declaro que as informações por mim prestadas neste questionário são verdadeiras e completas, responsabilizando-me pelas consequências legais deste ato, inclusive por declarações falsas ou omissão de dados relevantes ao conhecimento do(a) médico(a) avaliador(a) e do SIASS, nos termos da legislação vigente (art. 299 do Código Penal). Autorizo a utilização destas informações para a avaliação clínica de aptidão e para a homologação prevista no Edital nº 02/2025.

4 LOCAL E DATA

Local:

Data: / /

5 ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)

Assinatura do(a) candidato(a)



Prefeitura de
Nova Lima

ATESTADO MÉDICO DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL

Para fins de contratação – Processo Seletivo Simplificado nº 02/2025

ANEXO “B”



Subsecretaria de
Gestão de Pessoas
SUGESP



Secretaria Municipal
de Administração
SEMAD



SIASS – Serviço Integrado de
Atenção à Saúde do Servidor

1 DADOS DO(A) CANDIDATO(A)

Nome completo:

Documento de identidade (RG):

CPF:

Cargo pretendido:

Nº de inscrição:

2 ATESTAÇÃO DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL

Atesto, para os devidos fins de contratação no serviço público do Município de Nova Lima/MG, que o(a) candidato(a) identificado(a) na Seção 1, inscrito(a) no Processo Seletivo Simplificado – Edital nº 02/2025, foi por mim avaliado(a) clinicamente na data de ____ / ____ / _____, encontrando-se:

APTO(A)

INAPTO(A)

Declaro que o presente atestado foi emitido com base em avaliação médica por mim realizada, sob minha inteira responsabilidade profissional, em conformidade com as normas do Conselho Federal de Medicina, nos termos dos itens 14.1.1 e 15.4 do Edital nº 02/2025, para apresentação no ato da assinatura do contrato e posterior auditoria pelo SIASS para fins de homologação.

3 DADOS E IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A)

Nome do(a) médico(a):

CRM-MG nº:

(registro regular no
CRM-MG – exigência
do item 14.1.1)

RQE (quando houver):

Local e data:

_____ (cidade/UF), ____ / ____ / _____ (data)

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

4 USO EXCLUSIVO DO SIASS – AUDITORIA MÉDICA PARA HOMOLOGAÇÃO

Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS / SUGESP • Edital nº 02/2025, item 14.1.1

Recebido em: ____ / ____ / _____

Processo SEI nº: _____

Resultado: HOMOLOGADO

NÃO HOMOLOGADO

EM DILIGÊNCIA

Observações / fundamentação: _____

Data: ____ / ____ / _____

CARIMBO DO AUDITOR