

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 os candidatos aprovados e classificados no referido certame, conforme abaixo relacionado, para apresentação da documentação necessária à realização do exame admissional e aos demais procedimentos preparatórios para posterior contratação temporária na respectiva função junto às Secretarias:

Secretaria Municipal de Administração

QUANTIDADE	NOME	CARGO
2	GILENO NASCIMENTO MOREIRA	ANALISTA DE GESTÃO PÚBLICA - CIÊNCIAS CONTÁBEIS
	ALESSANDRA MATOS DOS SANTOS	

Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

QUANTIDADE	NOME	CARGO
2	ISRAEL DA SILVA FERREIRA	ANALISTA DE GESTÃO PÚBLICA - TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
	HENRIQUE VIANA GARCIA ALVES	

Secretaria Municipal de Política Urbana

QUANTIDADE	NOME	CARGO
1	AUGUSTO DE JESUS PEREIRA	ARQUITETO

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

QUANTIDADE	NOME	CARGO
4	FLAVIA LUCIA SILVA	ASSISTENTE SOCIAL
	NÁDIA CAMILA DE ANDRADE VIEIRA	
	CINTIA CRISTINA MORAIS DE PAULA	
	FABIANA VIEIRA MARQUES	
1	MARCILENE MENDES COELHO	TERAPEUTA OCUPACIONAL

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

Os(as) candidatos(as) classificados(as) deverão 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 entre os dias 19 e 21 de outubro 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 envelopê.

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:	Do dia 26/10/2026 a 28/10/2026 – início imediato
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 ;
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;

Item	Documento exigido
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, 15 de outubro de 2026.



Henrique Aparecido Pimenta
Secretário Municipal de Administração



Prefeitura de
Nova Lima

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE – AUTODECLARAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Processo Seletivo Simplificado nº 02/2025

Documento de preenchimento exclusivo do(a) candidato(a)

Complementar ao Atestado Médico de Aptidão Física e Mental (Edital nº 02/2025, item 14.1.1)

ANEXO “A”



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

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)



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