Prefeitura Municipal de Nova Lima

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

CONVOCAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
Município de Nova Lima – EDITAL Nº 02/2025

A Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado – Edital nº 02/2025, no uso de suas atribuições, **TORNA PÚBLICA a presente Retificação da Convocação publicada em 16 de outubro de 2026**, nos seguintes termos:

1. Fica sem efeito a convocação dos(as) seguintes candidatos(as), em razão de desistências formalmente comunicadas à Subsecretaria de Gestão de Pessoas – SUGESP:

I – **CIBELE CRISTINA SANTOS**, para o cargo de Analista de Gestão Pública – Ciências Contábeis;

II – **AUGUSTO DE JESUS PEREIRA**, para o cargo de Arquiteto;

III – **MARCILENE MENDES COELHO**, para o cargo de Terapeuta Ocupacional.

2. Em substituição, observada a ordem de classificação no certame e os critérios estabelecidos no edital, ficam convocados(as) os(as) seguintes candidatos(as):

Secretaria Municipal de Administração / SUGESP		
1	Leandro Vasconcelos Gomes	Analista de Gestão Pública - Ciências Contábeis

Secretaria Municipal de Política Urbana		
1	Miguel Victor Pereira Veloso	Arquiteto

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social		
1	Lorena Martins Pereira	Terapeuta Ocupacional

Permanecem inalteradas as demais disposições da convocação original que não conflitarem com a presente retificação.

I- DO EXAME ADMISSIONAL - 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 **04 e 05/11/2026** ao Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), para realização dos procedimentos admissionais pertinentes, 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 auto declaração 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:	**Entre 11 e 12/11/2026**
Horário:	08:30 às 16:30 horas

O candidato 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).

Prefeitura Municipal
de Nova Lima

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

Item	Documento exigido
	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, 27 de outubro de 2026.

Henrique Aparecido Pimenta
Secretário Municipal de Administração

ANEXO "A"

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)

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)

ANEXO “B”

Prefeitura de Nova Lima

ATESTADO MÉDICO DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL

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

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