NOVA LIMA
prefeitura

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 CONVOCA a candidata aprovada e classificada no referido certame, conforme abaixo relacionada, para apresentação da documentação necessária à realização do exame admissional e aos demais procedimentos preparatórios para posterior contratação temporária na respectiva função junto à Secretaria Municipal de Administração – SEMAD / SUGESP.

Torna-se sem efeito, em razão da desistência do candidato, a convocação de:

LEANDRO VASCONCELOS GOMES – Cargo: Analista de Gestão Pública – Ciências Contábeis.

A desistência foi formalizada pelo candidato junto à SUGESP.

Fica convocado, em substituição, observada a ordem de classificação do certame, o seguinte candidato:

QTIDADE	CARGO	NOME
1	Analista de Gestão Pública - Ciências Contábeis	NATHALIA GONCALVES DO CARMO LACERDA

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

A candidata classificada 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 do dia 06/11/2026 até o dia 10/11/2026, no horário das 08h30 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 da candidata, de forma legível e em destaque na face frontal do envelope.

Documentação exigida: a candidata deverá apresentar, devidamente preenchidos, os ANEXOS A e B. O Anexo A é autodeclaração de saúde da candidata. 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 à 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 a desclassificação da candidata 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, a candidata 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.

Local	Subsecretaria de Gestão de Pessoas – SUGESP / SEMAD Praça Bernardino de Lima, 80 (subsolo) – Centro – Nova Lima
Data	Do dia 12/11/2026 até o dia 16/11/2026 (início imediato)
Horário	08h30 às 16h30

NOVA LIMA
prefeitura

Os(as) candidatos deverão 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 a candidata 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 as candidatas inscritas na condição de Pessoa com Deficiência (PcD), atestado médico comprovando a aptidão física e mental 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 casada: 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, 05 de novembro de 2026.

Henrique Aparecido Pimenta
Secretário Municipal de Administração

NOVA LIMA
prefeitura

Prefeitura de Nova Lima

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

ANEXO "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)

NOVA LIMA
prefeitura

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