

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO-MG

EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 004/2023 – GUARDA CIVIL

RETIFICAÇÃO Nº 05

O Prefeito de Itabirito-MG, no uso de suas atribuições legais, retifica o **Edital nº 004/2023 – GUARDA CIVIL**, referente ao Concurso Público de Provas para provimento de vagas do seu Quadro de Pessoal, na forma que se segue:

I- FICAM ALTERADOS os itens **10.1. alínea “b” – 8ª fase, 10.1.4.7., 10.1.4.8., 10.1.4.9., 10.1.4.10., 10.1.4.13., 10.1.4.22., 10.1.4.23., 10.1.7.4., 10.1.8.1., 10.1.8.11., 14.2., 14.6., 15.6. e 15.18.,** conforme abaixo:

10.1. alínea b – 8ª fase - Curso de Formação, de caráter eliminatório e classificatório.

10.1.4.7.: O TAF poderá ser aplicado de segunda a domingo e **será realizado em dois turnos**. A data, horários e locais, serão definidos, oportunamente, por meio de Edital de Convocação, que será publicado com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data de sua realização no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito e nos sites www.imamconcursos.org.br e <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos>, sendo de inteira responsabilidade do candidato o acompanhamento, não podendo ser alegado qualquer espécie de desconhecimento.

10.1.4.8.: É de responsabilidade do candidato, a identificação correta dos locais de realização do TAF e o comparecimento nos horários determinados. O não comparecimento ou atraso em **qualquer um dos turnos** indica desclassificação automática.

10.1.4.9.: O candidato deverá comparecer aos locais designados para o TAF com antecedência mínima de 15 (quinze) minutos.

10.1.4.10.: Não haverá segunda chamada para os testes do TAF. O não comparecimento na data, horários e locais estabelecidos implicará na eliminação automática do candidato.

10.1.4.13.: O TAF consistirá em três etapas sendo a primeira de apresentação de documento de identidade e atestado médico conforme item 10.1.4.14., a segunda e a terceira etapas a efetiva realização do TAF conforme item 10.1.4.22., 10.1.4.23. e Anexo VI.

10.1.4.22.: O Teste de Aptidão Física será dividido nos seguintes testes e aplicados em 2 turnos, conforme abaixo:

- a) Teste de corrida – turno da manhã
- b) Teste de flexão em barra fixa (masculino) – turno da tarde
- c) Teste de suspensão em barra fixa (feminino) – turno da tarde
- d) Teste de flexão abdominal – turno da tarde
- e) Teste de Shuttle Run – turno da tarde

10.1.4.23.: Será considerado APTO no Teste de Aptidão Física o candidato que alcançar o índice mínimo, estipulado em cada teste conforme descrito no quadro abaixo:

TESTE DE ESFORÇO FÍSICO				
Teste	Índice Mínimo		Tempo Máximo	Número máximo de tentativas
	Masculino	Feminino		
Teste de Corrida de 12 minutos	2400 metros	2000 metros	12 minutos	1
Teste de flexão em barra fixa para o sexo masculino	04 flexões consecutivas	-	-	2
Suspensão em barra fixa para o sexo feminino	-	14 segundos em suspensão	-	2
Teste de flexão abdominal	31 repetições	25 repetições	1 minuto	2
Teste de Shuttle Run			12 segundos para o sexo masculino e 15 segundos para o sexo feminino	2

10.1.7.4.: A Comissão de Análise de Idoneidade e Conduta Ilibada será designada por ato do Executivo da Prefeitura Municipal de Itabirito e composta por membros indicados pela Secretaria Municipal de Segurança Pública de Itabirito.

10.1.8.1.: Serão convocados para fazer a matrícula no Curso de Formação os candidatos da **6ª classificação preliminar**, por ordem de classificação, até o limite de vagas previstas neste Edital, podendo ser ampliado o número de acordo com o interesse do Poder Público.

10.1.8.11.: O candidato será considerado infrequente quando deixar de comparecer a mais de 20% (vinte por cento) das aulas ministradas, por área temática ou atividade curricular, nos termos do Art. 12 §6º da Lei Municipal 3911/2023.

14.2.: O Aviso de Convocação será feito mediante carta registrada, por A.R., para o endereço fornecido pelo candidato no ato da inscrição, divulgado no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito e disponibilizado no site <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos>, fixando a data limite para apresentação do candidato.

14.6.: Para realização do Exame Médico, de caráter eliminatório Pré-Admissional, os candidatos deverão apresentar resultado dos seguintes exames: Hemograma, Glicemia de jejum e EAS/gram, Anti HBs AG e ficha de exame médico (conforme modelo do Anexo XVI) devidamente preenchida.

15.6.: Todas as publicações referentes a este Concurso Público até a sua homologação serão devidamente divulgadas no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito, nos sites www.imamconcursos.org.br e <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos>.

15.18.: Os itens deste Edital poderão sofrer eventuais retificações, enquanto não consumada a providência ou evento que lhes disser respeito, circunstância que será mencionada em Edital e Retificação, publicado no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito, nos sites www.imamconcursos.org.br e <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos> e no Jornal Diário Oficial do Estado.

II – FICAM INCLUÍDOS os itens **10.1.8.1.1., 14.2.1. e 14.11 alíneas v, w, x, y e z**, conforme abaixo:

10.1.8.1.1.: A ampliação prevista no item 10.1.8.1 será até o limite de 10% a mais do número de vagas previstas neste Edital, o que poderá corresponder a um total de 120 classificados.

14.2.1.: Todas as publicações referentes a este Concurso Público após a sua homologação serão devidamente divulgadas no Quadro de Avisos da Prefeitura de Itabirito, e disponibilizado no site da Prefeitura <https://itabirito.mg.gov.br/a-prefeitura/trabalhe-conosco/concursos-publicos>

14.11. alíneas:

v) Declarações de bens de próprio punho e ou com firma reconhecida; (conforme modelos do Anexo XIII)

w) Ficha cadastral (conforme modelo do Anexo XIV) e Declaração de dependentes de imposto de renda (conforme modelo do Anexo XV);

x) Apresentar folha de antecedentes da Polícia Federal expedida, no máximo, nos 90 (noventa) dias anteriores à data de entrega fixada em edital e dentro do prazo de validade específico, emitida no endereço eletrônico: <https://antecedentes.dpf.gov.br/antecedentes-criminais/certidao>;

y) Apresentar folha de antecedentes da Polícia Civil dos Estados onde tenha residido nos últimos 5 (cinco) anos, expedida, no máximo, nos 90 (noventa) dias anteriores à data de entrega fixada em edital e dentro do prazo de validade específico;

z) Apresentar certidões dos setores de distribuição dos foros criminais dos lugares que tenha residido nos últimos 5 (cinco) anos, expedidas, no máximo, nos 90 (noventa) dias anteriores à data de entrega fixada em edital e dentro do prazo de validade específico, descritas a seguir:

I – Certidão de antecedentes criminais, da(s) cidade(s) da Jurisdição onde reside da Justiça Federal, emitida no endereço eletrônico: <https://sistemas.trf1.jus.br/certidao/#/solicitacao>;

II – Certidão de antecedentes criminais, da(s) cidade(s) da Jurisdição onde reside da Justiça Estadual ou do Distrito Federal, emitida no endereço eletrônico: <https://rupe.tjmg.jus.br/rupe/justica/publico/certidoes/criarSolicitacaoCertidao.rupe?solicitacaoPublica=true>

III – FICAM INCLUÍDOS os Anexos XIII – Declaração de Bens, Anexo XIV – Ficha Cadastral, Anexo XV - Declaração de Dependentes de Imposto de Renda e Anexo XVI - Ficha de Exame Médico, conforme abaixo:

ANEXO XIII – DECLARAÇÃO DE BENS

Declaração de Bens

Eu _____, portador (a) do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, declaro, sob penas da lei, que não possuo bens móveis e imóveis, podendo ocorrer averiguação dos fatos relatados e, no caso de comprovado a inveracidade das informações prestadas, serão aplicadas as medidas cabíveis na esfera administrativa e penal.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Itabirito, ____ de _____ de 20__

Assinatura do candidato

Declaração de Bens

Eu _____, portador (a) do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, declaro, sob penas da lei, possuo bens móveis e imóveis listados a seguir:

Podendo ocorrer averiguação dos fatos relatados e, no caso de comprovado a inveracidade das informações prestadas, serão aplicadas as medidas cabíveis na esfera administrativa e penal.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Itabirito, ____ de _____ de 20__

Assinatura do candidato

ANEXO XIV – FICHA CADASTRAL

FICHA CADASTRAL – SERVIDOR (A)

NOME: _____

ENDEREÇO: _____ N.º: _____

COMPLEMENTO: _____ CEP: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONES: () _____ () _____ () _____

E-MAIL: _____

NATURALIDADE: _____ UF: _____

DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: () Masculino () Feminino

RAÇA/COR: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separação Judicial
() Divorciado () União Estável () Outros

GRAU DE ESCOLARIDADE:

() Analfabeto () Até 4ª Série () de 5ª a 8ª Série
() 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º completo
() Superior Completo () Superior Incompleto
() Pós Graduado () Mestrado () Doutorado

Recebe algum benefício da Previdência Social? () Não () Sim Qual? _____

Possui Dependente Imposto Renda: () SIM () NÃO – Caso possua preencher o formulário no verso.

ANEXO XV – DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA

**DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA
PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA**

Em obediência à legislação do Imposto de Renda, venho pelo presente informa-lhe que tenho como encargo de família, os dependentes abaixo relacionados:

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA						
Ordem	Nome Completo	CPF	Relação Dependência	Data de Nascimento	Grau Instrução	Invalído
01						
02						
03						
04						
05						
06						

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.
Não cabendo a V. Sas (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Itabirito, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Declarante

ANEXO XVI – FICHA DE EXAME MÉDICO



**PREFEITURA DE
ITABIRITO**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO
Secretaria Municipal de Administração
Superintendência de Gestão Estratégica de Pessoas
Gerência de Segurança e Medicina do Trabalho - GESMT

EXAME MÉDICO	DATA:
---------------------	--------------

1- Dados Pessoais

Nome:		
Cargo / Função:		
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Estado:
Data de Nascimento:	Cidade de Nascimento:	Idade:
Estado Civil:	Número da Identidade:	CPF:
Escolaridade:	Telefone (01):	Telefone (02):

2- Histórico Ocupacional

Últimas empresas em que trabalhou	Cargo / Função

3- Responda as questões abaixo:

Já esteve em auxílio doença pelo INSS?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Período?
Motivo?		
Já sofreu acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Quais as providências tomadas?		
Trabalhou em ambiente perigoso ou insalubre?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Esteve exposto a ruídos intensos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Esteve exposto a substâncias químicas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Sofreu de alergia ou doença de pele devido ao ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Sofreu exposição a radiação?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Tem dificuldade para determinados movimentos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
Observações?		

4- Histórico Familiar

Doenças na família (Pai, mãe, irmão e filhos)	
() Não	() Sim. Qual?

5- Mulheres

Tem Filhos?	() Não	() Sim. Quantos?
Quantas Gestações?	Quantos Partos?	Última menstruação em:

6- Histórico de Doenças

É diabético	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
-------------	--------------------------	-----	-------------------------------------

Tem alguma deficiência visual?		Não		Sim. Qual?
Tem alguma deficiência auditiva?		Não		Sim. Qual?
Sofreu algum acidente que deixou sequelas?		Não		Sim. Qual?
Tem algum problema físico?		Não		Sim. Qual?
Sofre com lesões por esforço repetitivo?		Não		Sim. Qual?
Faz ou já fez uso de calmantes/ antidepressivos?		Não		Sim. Qual?
Faz uso de algum medicamento contínuo		Não		Sim. Qual?
Possui alguma enfermidade Crônica?		Não		Sim. Qual?
É alérgico algum medicamento?		Não		Sim. Qual?
Faz ou já fez acompanhamento psicológico?		Não		Sim. Qual?
Foi Submetido ou indicado a alguma cirurgia?		Não		Sim. Qual?

7- Para uso médico

Pressão arterial:	Altura:	Peso:
Acuidade Visual		
Acuidade Auditiva		

Anamnese

Sintomático?		Não		Sim
Quais queixas apresentadas?				
Ectoscopia		Normal, sem alterações físicas		Alterada
Quais alterações apresentadas?				
ACR e AR		ACV RCR 2T BNF S/S - AR MVF SRA		Alterada
Quais alterações apresentadas?				
Coluna Vertebral		Normal, sem escoliose, lordose		Alterada
Quais alterações apresentadas?				
MMSS		Normal com ADM normal, sem presença de cistos ou edemas		Alterados
Quais alterações apresentadas?				
MMII		Normal, sem edemas, limitações de ADM ou presença de varizes		Alterados
Quais alterações apresentadas?				
Alterações apresentadas no Exame Físico:				
Observações finais:				
Houve necessidade de junta médica?		Não		Sim

8- Conclusão

Conforme Exame Clínico realizado, considero o candidato:	
<input type="checkbox"/>	Apto, sem restrições para o exercício da função.
<input type="checkbox"/>	Apto, com restrições para o exercício da função.
<input type="checkbox"/>	Inapto para o exercício da função.

Inapto definitivamente para o exercício da função.
--

Data

Médico Avaliador (assinatura e carimbo)

Candidato(a)

Os demais itens do Edital permanecem inalterados.

Itabirito, 15 de fevereiro de 2024

**ORLANDO AMORIM CALDEIRA
PREFEITO MUNICIPAL**