

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 67, DE 26 DE ABRIL DE 2024**

A Prefeitura Municipal de Maricá, por meio da sua Subsecretaria de Recursos Humanos, no cumprimento ao previsto no subitem 13.24 do Edital nº 1/2018 de abertura do Concurso e de acordo com o Edital de Homologação publicado no Jornal Oficial de Maricá – JOM Edição 924, de 16/01/2019, **CONVOCA** o candidato habilitados e classificados, relacionados no Anexo II desde Edital, com vistas ao exame admissional e posterior nomeação, posse e entrada em exercício, observadas as seguintes condições:

1. Os candidatos deverão se apresentar, pessoalmente, para entrega de documentação e realização de exame admissional, **no dia 27 de maio de 2024, às 8h 30min**, munidos dos documentos e exames pré-admissionais relacionados no Anexo I do presente edital, conforme subitem 1.5.1 do Edital do Concurso Público, assim como os formulários que compõem os Anexos III e IV, devidamente preenchidos.
2. A entrega de documentação e o exame médico admissional serão realizados no Instituto de Seguridade Social de Maricá – ISSM, situado à Rua Amadeu Pugliese, 28 - Mumbuca, Maricá-RJ CEP 24913-710. Telefone: (21) 2637-5300.
3. O não comparecimento para entrega de documentação e o exame médico admissional na data e horário especificados no Item 1 implicará na renúncia tácita do(a) classificado(a) convocado(a) e, conseqüentemente, a perda do direito à nomeação ao cargo para o qual o(a) candidato(a) foi aprovado(a).
4. O prazo para entrega de documentação e a realização do exame médico admissional será terminativo, não fazendo jus à posse o(a) concursado(a) que não apresentar o atestado admissional emitido pelo Instituto de Seguridade Social de Maricá – ISSM até a data designada ao candidato no Item 1 do presente edital ou, em último caso, no dia 03 de junho de 2024, quando houver pendências ou necessidade de documentos e exames complementares exigidos pela perícia médica.
5. Quando detectada incapacidade ou enfermidade impeditiva para o desempenho do cargo, o(a) candidato(a) convocado(a) será impedido(a) de assumir o cargo, sendo eliminado(a) do concurso e perdendo o direito à vaga, conforme item 13.13 do Edital do Concurso Público nº 01/2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ  
GABINETE DO PREFEITO  
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ – RJ

6. O(a) candidato(a) convocado(a) e aprovado(a) no exame médico admissional deverá realizar a retirada do kit admissional (controle de documentos necessários para a posse) na Subsecretaria de Recursos Humanos, situada na sede da Prefeitura Municipal de Maricá (Rua Álvares de Castro, nº 346 – Centro – Maricá – RJ, CEP: 24900-880). **O atendimento ocorrerá no mesmo dia do exame médico admissional.**
  
7. A posse e o exercício serão dados somente para aquele(a) que apresentar todos os documentos obrigatórios (original e cópia), relacionados no Anexo I do presente edital, juntamente com o atestado admissional emitido pelo Instituto de Seguridade Social de Maricá – ISSM.
  
8. O presente Edital de Convocação, com a relação completa dos CONVOCADOS, estará publicado no Jornal Oficial de Maricá – JOM e divulgado na Internet, na página Oficial do Município - endereço eletrônico – [www.marica.rj.gov.br/concursos/](http://www.marica.rj.gov.br/concursos/).

**Maricá, 26 de abril de 2024.**

**FABIANO TAQUES HORTA**  
**Prefeito Municipal**

## **ANEXO I**

### **1. DOCUMENTOS PESSOAIS (obrigatórios) – original e 03 (três) cópias (exceção ao item 1.1)**

- 1.1. 03 Fotos 3x4;
- 1.2. Comprovante de Escolaridade exigido no Anexo III do Edital do Concurso Público nº 01/2018;
- 1.3. Carteira do Órgão de Classe/Categoria Profissional (quando for o caso, observando as exigências contidas no Anexo III do Edital do Concurso Público nº 01/2018);
- 1.4. Documento de Identidade;
- 1.5. CPF;
- 1.6. Carteira de Trabalho (cópia frente e verso da página da foto e número);
- 1.7. PIS/PASEP;
- 1.8. Título de eleitor;
- 1.9. Comprovante da última votação ou Certidão de Quitação Eleitoral;
- 1.10. Comprovante de Residência (conta de Luz, água, gás, telefone fixo ou aluguel até os 03 últimos meses);
- 1.11. Certificado de Reservista ou de Dispensa de Incorporação (para candidatos do sexo masculino);
- 1.12. Certidão de Nascimento ou de Casamento;
- 1.13. Última Declaração do Imposto de Renda ou Declaração de Isento;
- 1.14. Certidão de Regularidade Fiscal de Pessoa Física – obtida através do link <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>

### **2. DOCUMENTOS DE DEPENDENTES – original e 03 (três) cópias**

- 2.1. Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou de União Estável;
- 2.2. Carteira de Vacinação (para dependente menor de 7 anos);
- 2.3. CPF;
- 2.4. Declaração de Comprovante Escolar.

### **3. DOCUMENTOS PARA AUXÍLIO TRANSPORTE**

- 3.1. Formulário de solicitação do Auxílio Transporte.

**4. EXAME ADMISSIONAL:**

**4.1. Exames Gerais**

- 4.1.1. Radiografia de tórax PA e perfil com laudo e assinatura do profissional responsável. Nas radiografias deverão constar a data do exame e as iniciais do paciente;
- 4.1.2. Sangue - Hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, perfil lipídico, VDRL;
- 4.1.3. PSA (para homens acima de 40 anos);
- 4.1.4. Urina – EAS;
- 4.1.5. Colpocitologia oncótica (mulheres);
- 4.1.6. Mamografia (mulheres acima de 40 anos);
- 4.1.7. Eletrocardiograma com laudo;
- 4.1.8. Teste ergométrico (homens e mulheres acima de 40 anos).

**4.2. Parecer especializado**

- 4.2.1. Parecer Psiquiátrico;

**5. OBSERVAÇÕES:**

- 5.1.1. **Os exames deverão ser digitados, assinados e carimbados pelo médico responsável;**
- 5.1.2. **Todos os laudos, atestados e exames deverão conter o RQE do médico especialista responsável;**
- 5.1.3. Os exames são de total responsabilidade do candidato;
- 5.1.4. Os exames já realizados serão aceitos pela perícia médica com a seguinte validade: prevenção, ginecológica, radiografia de tórax e mamografia até 6 (seis) meses. Para os demais exames a validade é de até 3 (três) meses;
- 5.1.5. Nas radiografias deverão constar a data do exame e as iniciais do paciente;
- 5.1.6. Candidatas grávidas estão dispensadas da realização da radiografia de tórax e deverão trazer relatório completo do médico responsável pelo pré-natal sobre a gravidez;
- 5.1.7. O médico perito poderá, conforme o caso, solicitar outros exames para concluir o exame admissional.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ  
GABINETE DO PREFEITO  
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ – RJ

**ANEXO II**

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	TIPO DE VAGA	CARGO	INSCRIÇÃO	CANDIDATO
199ª	AC	Agente Administrativo	2130840333	JOSE LUDYWANDER NUNES TORRES
200ª	AC	Agente Administrativo	2131020540	AMANDA BARBOSA DA SILVA
201ª	PcD	Agente Administrativo	2130431962	RODOLFO GUILHERME DOS SANTOS ALVES
202ª	AC	Agente Administrativo	2130675568	CAROLINA DE SA BRAGANCA
203ª	PPP	Agente Administrativo	2130556322	PAULO RICARDO PINTO MIRANDA
204ª	AC	Agente Administrativo	2130540672	DIOGO VIEIRA DA SILVA
205ª	AC	Agente Administrativo	2130511877	LARISSA SALVAYA DE LOUREDO
206ª	AC	Agente Administrativo	2130705105	THYAGO SOARES NOVO
207ª	AC	Agente Administrativo	2130650142	KAIAN DIAS PEREIRA
208ª	PPP	Agente Administrativo	2131043413	DEYSILANE XAVIER ROSA
209ª	AC	Agente Administrativo	2130687951	THAYANE ATAIDE FERRAZ SARGES
210ª	AC	Agente Administrativo	2130428331	ENNIO SOUZA
211ª	AC	Agente Administrativo	2131038341	GABRIELA GONSALVES SANTOS
212ª	AC	Agente Administrativo	2130404452	DAYVISON ANTONIO DA SILVA
213ª	PPP	Agente Administrativo	2131045772	CRISTIANE COUTO BITTENCOURT
214ª	AC	Agente Administrativo	2130776805	DAVID PORTO PEREIRA DE ARAUJO
32ª	AC	Fiscal de Obras e Meio Ambiente	2151110539	PAULO CARDOSO DE SOUSA
33ª	PPP	Fiscal de Obras e Meio Ambiente	2150456510	PAULO ROBERTO CORREA FILHO
34ª	AC	Fiscal de Obras e Meio Ambiente	2150704826	NICHOLAS DE SOUZA BORGES
35ª	AC	Fiscal de Obras e Meio Ambiente	2150594257	ARTUR BARBOSA NUNES
44ª	AC	Fiscal de Tributos	1330061597	NATALIA GARCEZ MATTOS

### ANEXO III



ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA  
MUNICIPAL DE MARICÁ  
INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MARICÁ  
Rua Amadeu Pugliese, 28 - Centro - Maricá - RJ - Tel.: 2637-3680.

Nome:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	UF: _
Naturalidade:	Nacionalidade:	Estado Civil:
CPF: _	Identidade nº: _	Órgão Emissor:
Sexo: ( ) M ( ) F	Data de Nascimento: _/ _/ _	Idade:
E-mail:	Tel:	Cel:

#### Questionário

##### Observações:

- Suas doenças anteriores são de grande importância. Precisamos saber sobre sua saúde;
- Tendo dúvida sobre qualquer questão, peça esclarecimento;
- As respostas a este questionário serão guardadas sigilosamente;
- Responda cuidadosamente o questionário e entregue ao médico por ocasião do exame médico.

1. Usa óculos ou lente de contato?                    ( ) Sim            ( ) Não
2. Possui algum tipo de alergia?                    ( ) Sim            ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
3. Realizou alguma cirurgia anterior?            ( ) Sim            ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
4. Tem alguma fratura anterior?                    ( ) Sim            ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
5. Possui doenças de pele?                            ( ) Sim            ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
6. Possui doenças no pulmão?                    ( ) Sim            ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
7. Possui doenças no coração?                    ( ) Sim            ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ  
GABINETE DO PREFEITO

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ – RJ

8. Tem hipertensão arterial? ( ) Sim ( ) Não
9. Já teve infarto no miocárdio? ( ) Sim ( ) Não
10. Tem diabetes? ( ) Sim ( ) Não
11. Tem epilepsia? ( ) Sim ( ) Não
12. Faz uso de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
13. Data da última menstruação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
14. Tem doença sexualmente transmissível? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
15. Tem doença psiquiátrica? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
16. Tem doença neurológica? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_
17. Tem anemia? ( ) Sim ( ) Não
18. É fumante? ( ) Sim ( ) Não
19. Faz uso de bebidas alcoólicas? ( ) Sim ( ) Não

Explique: \_\_\_\_\_

20. É dependente químico? ( ) Sim ( ) Não  
Qual substância? \_\_\_\_\_
21. Algum outro tipo de doença ou exposição que não foi abordado? ( ) Sim ( ) Não
22. Já esteve em benefício pelo INSS ou outro regime de previdência? ( ) Sim ( ) Não

**Declaro que as respostas acima, por mim dadas, são completas e verdadeiras.**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do candidato**

