

**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO ICTIM – RJ**

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 004, DE 29 DE OUTUBRO DE 2024**

O Instituto de Ciência, Tecnologia e Inovação de Maricá, por meio da sua Coordenação de Gestão de Pessoas, no cumprimento ao previsto no **item 3, Capítulo XIII do Edital nº 001/2023** de abertura do Concurso, **CONVOCA** os candidatos a seguir relacionados, habilitados e classificados, relacionados no **Anexo I** deste Edital com vistas ao exame admissional e posterior nomeação, posse e entrada em exercício **NOS SEUS RESPECTIVOS CARGOS DO ICTIM**, observadas as seguintes condições:

1. Os candidatos deverão se apresentar, pessoalmente, para o Exame Admissional, no dia **02 de dezembro de 2024, às 09 horas**, munidos dos exames pré-admissionais relacionados no **Anexo II** do presente edital, atendendo subitem 9.1, Capítulo XIII, do Edital do Concurso Público, além dos documentos relacionados no **Anexo III**, na forma original e 02 (duas) cópias, onde uma via será destinada à composição da ficha previdenciária do servidor apto no exame médico admissional e outra integrará o cadastro funcional do ICTIM e os formulários dos **Anexos IV e V** devidamente preenchidos.
2. O Exame Médico Admissional será realizado no **Instituto de Ciência, Tecnologia e Inovação de Maricá – ICTIM**, situado à **Rua Barão de Inoã, nº 80 - Centro, Maricá - RJ CEP 24.901-010**.
3. O não comparecimento ao Exame Médico Admissional na data e horários especificados nos **Anexos I e II** implicará na **renúncia tácita** do classificado convocado e, conseqüentemente, a perda do direito à nomeação ao cargo para o qual o candidato foi aprovado.
4. O prazo para a realização do Exame Médico Admissional será terminativo, não fazendo jus à posse os concursados que não apresentarem o exame pré-admissional na data designada aos candidatos no **Anexo I** ou, em último caso, até **09 de dezembro de 2024**, quando houver pendências ou necessidade de exames complementares exigidos pela perícia médica.
5. Os candidatos aprovados no Exame Médico Admissional serão convocados a comparecerem à sede do **Instituto de Ciência, Tecnologia e Inovação de Maricá – ICTIM**, situado à **Rua Barão de Inoã, nº 80** para a integração, nomeação e posse em data a ser definida pelo ICTIM.
6. A posse e o exercício serão dados somente para aqueles que apresentarem todos os documentos obrigatórios (original e cópia), relacionados no **Anexo III** do presente edital, juntamente com o atestado admissional.

**Maricá, 29 de outubro de 2024.**

**MARCIA SOUZA**

Diretoria de Administração, Orçamento e Finanças  
Matrícula ICTIM 1300042

**CLAUDIO DE SOUZA GIMENEZ**

PRESIDENTE ICTIM  
Matrícula ICTIM 1300098



**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO ICTIM – RJ**

**ANEXO I**

<b>Nº DE INSCRIÇÃO</b>	<b>CANDIDATO</b>	<b>CARGO</b>	<b>COD</b>	<b>CLASSIF.</b>	<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>
399004348	GUILLIANNA MICLAUCCIG	ANALISTA I	03	2º (AC)	02/12/2024	09h00
399008785	LENNON TOLEDO ROSESTOLATO	ANALISTA I	03	3º (AC)	02/12/2024	09h00
399002923	SORAIA BARBOSA CAVATO	ANALISTA I	03	1º (CN)	02/12/2024	09h00
399006600	JEFERSON DE CARVALHO GOMES	CONTROLADOR	07	2º (AC)	02/12/2024	09h00
399005889	LUCAS MENDONÇA DOS SANTOS	CONTADOR	08	3º (AC)	02/12/2024	09h00

## **ANEXO II**

### **1. EXAME MÉDICO ADMISSIONAL**

#### **1.1 Exames laboratoriais e de imagem, atendendo ao subitem 9.1, Capítulo XIII, do Edital de Concurso Público 001/2023:**

##### **1.1.1 Exames Gerais:**

- Sangue - Hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, perfil lipídico, VDRL, VHS, Fosfatase Alcalina, Grupo Sanguíneo + Fator RH, TGO, TGP;
- PSA (para homens acima de 40 anos);
- Urina – EAS;
- Colpo citologia oncológica (mulheres);
- Eletrocardiograma com laudo;
- Teste ergométrico (para homens e mulheres acima de 40 anos);
- Radiografia de tórax PA e perfil com laudo e assinatura do profissional. Nas radiografias deverão constar a data do exame e as iniciais do paciente;
- Mamografia (mulheres acima de 40 anos);
- Comprovação de vacina – Adultos (tétano);
- Atestado médico original de que o candidato está em condições de saúde para exercer as atividades do cargo.

##### **1.1.2 Parecer especializado:**

- Parecer psiquiátrico.

#### **OBSERVAÇÕES:**

- Todos os exames, pareceres, laudos e atestados deverão ser digitados, assinados e carimbados pelo médico responsável;
- Os exames são de total responsabilidade do candidato;
- 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;
- Nas radiografias deverão constar a data do exame e as iniciais do paciente;
- Candidatas grávidas estão dispensadas da realização da radiografia de tórax e teste ergométrico e deverão trazer relatório completo do médico responsável pelo pré-natal sobre a gravidez;
- O médico perito poderá, conforme o caso, solicitar outros exames para concluir o exame admissional;

**Todos os laudos, atestados e documentos médicos devem conter o respectivo RQE do médico especialista.**

Rua Barão de Inoã, nº 80, Centro - Maricá - RJ Cep: 24.901-010

e-mail: [dadm@ictim.com.br](mailto:dadm@ictim.com.br)



**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO ICTIM – RJ**

**ANEXO III**

**Item 9, Capítulo XIII, do Edital de Concurso Público 001/2023:**

<b>DOCUMENTOS</b>
02 FOTOS 3X4;
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG, CNH, REGISTRO EM ÓRGÃO DE CLASSE);
CPF – CADASTRO DE PESSOA FÍSICA;
CARTEIRA DE TRABALHO – FRENTE, VERSO E Nº PIS/PASEP;
COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE – DIPLOMA DA HABILITAÇÃO PARA O CARGO; COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ATUAL);
TÍTULO DE ELEITOR (FRENTE E VERSO);
CERTIDÃO DE QUITAÇÃO ELEITORAL;
CERTIDÃO DE RESERVISTA OU CERTIFICADO DE DISPENSA (MASCULINO);
CERTIDÃO DE ANTECEDENTES, EMITIDO PELO ÓRGÃO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RESPECTIVO ESTADO;
CERTIDÃO NEGATIVA CÍVEL E CRIMINAL DE 1º GRAU DA JUSTIÇA ESTADUAL, INCLUINDO DOS JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS (FÓRUM);
CND - CERTIDÃO NEGATIVA DE DEBITOS MUNICIPAIS;
COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL NO CPF;
CERTIDÃO CASAMENTO OU CONTRATO UNIÃO ESTÁVEL - RG E CPF DO CÔNJUGE; RG E CPF DOS DEPENDENTES;
REGISTRO CONSELHO RESPECTIVA CATEGORIA;
CURSO ESPECÍFICO QUANDO EXIGIDO NO EDITAL, COMPROVADO COM DIPLOMA.

**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO ICTIM – RJ**

**ANEXO IV**

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

**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? \_\_\_\_\_

8. Tem hipertensão arterial? ( ) Sim ( ) Não



**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO ICTIM – RJ**

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**



**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DO ICTIM – RJ  
ANEXO V**

**ANEXO V**



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

**CADASTRO DE SERVIDORES**

FOTO

NOME				ESTADO CIVIL			
NOME DO PAI		NOME DA MAE		<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTROS			
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE/ESTADO	SEXO	CPF				
ENDEREÇO							
BAIRRO	CEP	CIDADE		TELEFONE			
TS-PA-SEP	DATA INGRESSO NO MUNICIPIO	DATA DE INGRESSO NO CARGO ATUAL	CARGO	MATRICULA	SALARIO BASE	VANTAGEM INCORPORADAS + INCORPORAVEIS	
GRAU DE INSTRUÇÃO							
TIPO DE SERVIÇO COMPROVADO ANTERIOR AO SEU INGRESSO NO MUNICIPIO							
EMPREGADOR			ADMISSÃO	DESLIGAMENTO	DIAS	MESES	ANOS
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
			/ /	/ /	/	/	/
TOTAL							
TEMPO DE SERVIÇO TOTAL EM ANOS COMPLETOS NO MUNICIPIO						Situação Atual	
ACUMULA CARGO ?		EMPRESA	ENTE	CARGO		<input type="checkbox"/> EM EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> LICENCIADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA					
TIPO DE APOSENTADORIA <input type="checkbox"/> POR TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> POR IDADE <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> COMPULSÓRIA <input type="checkbox"/> INVALIDEZ							
NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	TIPO DE DEPENDÊNCIA	CPF	INVÁLIDO ?		
ASSINATURA							