

EDITAL Nº 55/2023 DE CONVOCAÇÃO PARA AVALIAÇÃO MÉDICA PERICIAL

O **PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MATO GROSSO**, no uso de suas atribuições legais, nos termos do que dispõe o Edital nº 001/2019 de Abertura de Inscrições e posteriores alterações, para preenchimento de vagas no cargo de **Promotor de Justiça Substituto**, publicados no Diário Eletrônico do Ministério Público do Estado de Mato Grosso, **RESOLVE**:

- 1. TORNAR PÚBLICA A CONVOCAÇÃO** do candidato nomeado pelo Ato nº 643/2023-PGJ, para realizar a Avaliação Médica Pericial, para investidura no cargo.
- A Avaliação Médica Pericial do nomeado ocorrerá na **Unidade de Atendimento** autorizada pela Coordenadoria de Perícia Médica Previdenciária/MTPREV, denominada **“Equipe Medicina e Segurança do Trabalho”**, localizada na **Av. XV de Novembro, 235, Centro Sul, Cuiabá/MT**, telefones (65) 9 9816-7978 e (65) 3023-7022, conforme tabela abaixo:

INSCRIÇÃO	NOME	Data e horário
2852g	MARCO ANTONIO PRADO NOGUEIRA PERRONI	28.06.2023 às 07:00 h

3. Salienta-se que serão avaliados pela Perícia Médica Oficial **os exames constantes no item 11.4, do tópico 11, do Edital nº 14/2020 de Retificação, e exames constantes nos anexos I e II, da Instrução Normativa Conjunta n.º 003/2023/SEPLAG/MTPREV.**

4. Ressalta-se que para a **emissão do Certificado de Sanidade e Capacidade Física pela Perícia Médica do Estado de Mato Grosso**, os exames, atestados e laudos médicos **deverão** observar as **exigências** descritas nos anexos I e II, da Instrução Normativa Conjunta n.º 003/2023/SEPLAG/MTPREV, quais sejam:

4.1 O candidato deverá apresentar, ao se submeter à avaliação médica pericial:

- Documento oficial de identificação com foto;
- Formulário de Antecedentes Ocupacionais e de Saúde, conforme anexo II da Instrução Normativa Conjunta n.º 003/2023/SEPLAG/MTPREV (doc. anexo a esta convocação);**
- Laudos/Exames médicos e demais documentos descritos no **item 11.4, do tópico 11, do Edital nº 14/2020 de Retificação, e anexo I da Instrução Normativa Conjunta n.º 003/2023/SEPLAG/MTPREV**, a saber:

- c.1) Hemograma completo em jejum;
- c.2) Glicemia em jejum;
- c.3) Reação sorológica para Lues (V.D.R.L);
- c.4) Gama GT (Gama Glutamil Transferase);
- c.5) Perfil Lipídico (Colesterol L.D.L, Colesterol H.D.L e Colesterol Total, Triglicérides);
- c.6) Exame de urina tipo I (E.A.S); 7.
- c.7) Eletrocardiograma (E.C.G) com avaliação do médico cardiologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;
- c.8) Raio-X do tórax P.A e perfil e os laudos correspondentes.
OBS: dispensável para gestantes mediante apresentação do laudo de ultrassonografia (ecografia) recente à data da avaliação médica pericial;
- c.9) **Raios-X total da coluna vertebral com laudo radiológico** (exceto para gestantes, que devem apresentar laudo de ultrassonografia gestacional recente);
- c.10) **Avaliação de médico ortopedista com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina, quanto à saúde física de membros superiores, inferiores e coluna vertebral total** (baseada no exame geral do candidato e nos Raios-X de coluna total), **inclusive para gestantes;**
- c.11) Audiometria Tonal com avaliação do fonoaudiólogo com registro profissional ativo no Conselho Regional de Fonoaudiologia.
OBS: se houver perda, ou redução, auditiva apresentar avaliação do médico otorrinolaringologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;
- c.12) Atestado de acuidade visual, fundo de olho e tonometria, em ambos os olhos, emitido por médico oftalmologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;
- c.13) Laudo de sanidade mental focado para o exercício da função pública emitido por médico psiquiatra (com inscrição no Conselho Federal de Medicina – C.F.M.), contendo: I – qualificação; II – exame; e III – conclusão;
- c.14) **Avaliação Psicológica, instruída com o laudo respectivo, nos exatos termos do item 11.2 e seus subitens do Edital nº 14/2020 de Retificação;**
- c.15) Eletroencefalograma (E.E.G) com mapa e avaliação de médico neurologista com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina, para homens e mulheres com idade igual ou acima de 40 anos;

4.2 Os exames obrigatórios para a Avaliação Médica Pericial deverão ser entregues, separada e especificamente para essa finalidade, visto que as **vias originais ficarão sob a guarda da Coordenação de Perícias.**

4.3 Os exames, laudos e atestados médicos deverão estar legíveis, sem rasuras, e conter, obrigatoriamente:

- a) O nome completo do candidato e o número do documento de identidade (RG) **ou** do CPF;
- b) Nos laudos e atestados, o nome completo do profissional de saúde declarante, assinatura e o número da inscrição no Conselho de Classe, para comprovação de especialidade ou de registro profissional;
- c) Nos exames médicos, a identificação do emissor e a data da coleta do material analisado ou da realização do procedimento.

4.3.1 Em todas as páginas dos exames e laudos médicos, entre eles o gráfico do eletrocardiograma, as ondas do eletroencefalograma e no gráfico (se houver) da avaliação psicológica, deverá constar o nome completo e o número do RG **OU** do CPF do candidato. (Obs: não é necessário conter o número do RG ou do CPF nas imagens/grafias dos exames de Raio X ou similares).

4.4 Serão aceitos exames, laudos e atestados médicos emitidos no **prazo de até 60 (sessenta) dias** contados a partir da emissão do documento.

4.5 Os exames, laudos e atestados médicos assinados/certificados de forma digital devem possuir código validador ou registro de assinatura digital e endereço virtual impresso para consulta de validade.

4.6 Será realizada consulta no site dos Conselhos de Classe para comprovação de registro profissional e de especialidade médica.

4.6.1 Caso a consulta no site dos Conselhos de Classe retorne informação negativa do registro profissional ou a especialidade médica exigida, não será aceito o laudo ou atestado médico.

4.6.2 Caso não seja possível a validação quanto ao registro profissional ou da especialidade médica, não será aceito o laudo ou atestado médico apresentado.

4.7 Os exames e os demais procedimentos médicos previstos no item 11.4, do tópico 11, do Edital nº 14/2020 de Retificação, e anexos I e II, da Instrução Normativa Conjunta n.º 003/2023/SEPLAG/MTPREV, que forem solicitados ao candidato, poderão ser provenientes do serviço da rede de saúde pública ou privada.

4.8 O ônus decorrente da realização dos exames e dos demais procedimentos médicos é de inteira responsabilidade do candidato.

4.9 Para a avaliação pericial, o **candidato com deficiência** deverá apresentar **laudo médico original**, expedido **no prazo de até 12 (doze) meses anteriores à referida avaliação**, atestando a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID vigente, a provável causa da deficiência, contendo a assinatura e o carimbo do número do CRM do médico responsável por sua emissão, bem como apresentar os exames necessários para comprovação da deficiência declarada.

4.9.1 O laudo de que trata o item **4.9** deverá ser expedido por médico especialista na deficiência apresentada pelo candidato.

4.9.2 Considera-se pessoa com deficiência aquela que se enquadra na definição do artigo 1º da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (Decreto Legislativo nº 186/2008 e Decreto Federal nº 6.949/2009), combinado com os artigos 3º e 4º, do Decreto Federal nº 3.298/1999, assim como aquela prevista na Súmula 377 do Superior Tribunal de Justiça – STJ, na Lei nº 12.764/2012 e respectivo Decreto Federal nº 8.368/2014, e na Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

4.10 Realizada a avaliação médica pericial, será expedido o **Certificado de Sanidade e Capacidade Física - CSCF**, que declarará se o candidato está apto ou inapto para o exercício das atribuições do cargo público.

4.10.1 O disposto no item 4.10 aplica-se também ao candidato deficiente qualificado pela Perícia Médica nessa condição.

5. Nos termos do item 11.2 e seus subitens do Edital nº 14/2020 de Retificação, salienta-se que a Avaliação Psicológica, de realização obrigatória e em caráter sigiloso, destina-se a avaliar o perfil profissiográfico do candidato e verificar se ele reúne condições para o exercício profissional na carreira no Ministério Público.

5.1 A Avaliação Psicológica deverá ser realizada por psicólogos especialistas na área de avaliação psicológica, inscritos e regulares nos Conselhos Regionais de Psicologia e será custeada pelo próprio candidato.

5.2 A avaliação psicológica deverá ser realizada de acordo com as normativas do processo de avaliação estabelecido pelo Conselho Federal de Psicologia. Portanto, o profissional da psicologia tem a prerrogativa de decidir quais são os métodos, técnicas e instrumentos empregados na avaliação psicológica, desde que devidamente fundamentados na literatura científica psicológica e nas normativas vigentes do CFP.

5.3 O laudo relativo à avaliação psicológica deverá definir o perfil profissiográfico, bem como concluir se este está **apto ou inapto** para o exercício profissional no cargo de Promotor de Justiça, segundo descrição estabelecida pela Classificação Brasileira de Ocupação do Ministério do Trabalho.

5.4 O laudo deverá ser **fundamentado** conforme determina a legislação do Conselho Federal de Psicologia, bem como deve especificar as razões que levaram o profissional a chegar naquela conclusão.

5.5 Fica impedido de atuar na avaliação psicológica do candidato, o profissional que possuir com ele **vínculo pessoal, profissional, familiar, de parentesco, de amizade, de afinidade, atuais ou anteriores**, enfim, relação que possa interferir negativamente nos objetivos do serviço prestado e/ou que possam afetar a qualidade do trabalho a ser realizado ou a fidelidade aos resultados da avaliação, conforme versa o art. 2º, “j” e “k”, da Resolução nº 010/2005 do Conselho Federal de Psicologia.

6 É obrigatório o preenchimento do **Formulário de Antecedentes Ocupacionais e de Saúde**, o qual se encontra anexo a esta convocação e deve ser apresentado no momento da avaliação médica pericial.

7 O candidato deve **enviar até o dia 27/06/2023**, para o e-mail *pericias@equipemt.com.br*, todos os exames, atestados médicos e o formulário de antecedentes de saúde, digitalizados, e apresentar os originais no dia da avaliação médica pericial para conferência da autenticidade.

Cuiabá/MT, 12 de junho de 2023.

DEOSDETE CRUZ JUNIOR
Procurador-Geral de Justiça

FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES OCUPACIONAIS E DE SAÚDE QUESTIONÁRIO

CONFIDENCIAL – EXAME DE INGRESSO DE SERVIDOR EFETIVO

1. DADOS - Pessoais e funcionais:			
Nome:		Naturalidade:	
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: () Feminino () Masculino	
CPF:		R.G.:	
Estado Civil:			
Cargo:			

ANAMNESE - Marque SIM ou NÃO no quesito que você já vivenciou ou vivencia:

Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não
Doença do Coração;			Doença do fígado;			Teve grande ganho de peso;		
Hipertensão Arterial (Pressão Alta);			Problemas de intestino;			Dor de cabeça frequente (enxaqueca);		
Palpitação e Pressão no Peito;			Diarréia frequente;			Pancada ou fratura cabeça;		
Falta de Ar (Dispneia);			Doença da vesícula;			Reumatismo;		
Asma;			Parasitose intestinal (vermes);			Fratura ou doença dos ossos;		
Tosse Crônica;			Hemorróidas;			Doença das articulações;		
Bronquite;			Debilidade ou fadiga;			Doença da coluna;		
Pneumonia;			Doença dos rins;			Dor lombar;		
Tuberculose;			Cálculo renal;			Dor nos pés ou nas pernas;		
Doença do ouvido;			Hérnia;			Dor nos braços ou ombros;		
Doença do nariz;			Problema de visão;			Dor nas mãos ou punhos;		
Rouquidão ou perda de voz;			Catarata;			Dor no quadril ou joelhos;		
Doença da garganta;			Glaucoma;			Pode executar tarefas pesadas;		

Sinusite;		Doença de pele;		Sarampo;		
Doença do esôfago;		Abcesso ou tumores;		Catapora;		
Refluxo gastroesofágico (doença do refluxo);		Doença da tireoide;		Doença venérea;		
Gastrite;		Diabetes;		Doença dos nervos;		
Úlcera;		Teve grande perda de peso		Tem varizes;		
Câncer;		Tomou as três doses da vacina da hepatite?		Foi operado alguma vez ou recomendado operar?		
Do quê?		Tomou as três doses da vacina antitetânica nos últimos 10 anos?		O quê?		
Alergia;		Tomou outras vacinas?		Esteve doente devido ao trabalho?		
Do quê?		Qual?		Por quê?		
Intoxicação;		Ingressou no serviço público em vaga reservada para candidato portador de deficiência?		Fez ou faz uso de drogas?		
Do quê?		Por quê?		Qual droga?		
Ansiedade;		Teve ou tem outras doenças que não estão indicadas acima?		Qual a quantidade?		
Depressão;		O quê?		Quantas vezes por semana?		
Outro problema de Saúde Mental?		Esteve internado alguma vez em hospital ou sanatório?		Suas condições físicas atuais impedem algum trabalho específico?		
O quê?		Por quê?		O quê?		

Fumou ou fuma?		Você já tirou alguma licença médica?		Toca algum instrumento musical?	
Quantas cigarros por dia?		Por quê?		O quê?	
Durante quanto tempo?		Suas condições de saúde atuais promovem alguma limitação para o trabalho?		Quantas horas por dia?	
Você bebe?		O quê?		Pratica alguma atividade física?	
Alguma vez sentiu que devia diminuir a quantidade de bebida?		Desenvolve atividades manuais (tricô, pintura, artesanato)?		Qual modalidade?	
As pessoas o aborrecem por que criticam seu modo de beber?		O quê?		Quantas vezes na semana?	
Você se sente culpado pela maneira como bebe?		Quantas vezes por semana desempenha essas atividades?		Tem alguma atividade de lazer?	
Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?				O quê?	

ANTECEDENTES FAMILIARES - Seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos e avós), mesmo os já falecidos, têm ou tiveram alguma das doenças abaixo?

Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco	Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco
Você tem algum problema familiar?							
Algum familiar com doença do coração?				Algum familiar com doença do sangue?			

Algum familiar com distúrbios psíquicos?				Algum familiar com diabetes?			
Algum familiar com epilepsia?				Algum familiar com asma?			
Algum familiar com alergias?				Algum familiar com pressão alta?			
Algum familiar com tuberculose?				Algum familiar com câncer?			

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS:

Marque SIM ou NÃO	Sim	Não
Executa ou executou tarefas perigosas ou insalubres?		
O quê?		
Você usa(ou) equipamento de proteção individual - EPI?		
Quais?		
Tem outra atividade de trabalho?		
O quê?		
Quantas horas gasta nesta atividade?		
Já sofreu de doença do trabalho ou profissional?		
Já sofreu algum acidente de trabalho?		
Como, quando e o que aconteceu?		
Afastou-se do trabalho por acidente ou doença profissional?		

Quando e por quanto tempo ficou afastado (em dias)?

Teve alguma sequela ou complicação em sua recuperação? Explique.

Atualmente você tem algum desconforto por este problema? Explique.

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Data: ___/___/_____

Assinatura do candidato: