

**INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA Nº  
003/2023/SEPLAG/MTPREV**

**Dispõe sobre avaliação médica pericial de ingresso dos candidatos nomeados em concurso público para cargo efetivo na Administração Pública Direta e Indireta do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso.**

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO - SEPLAG e o DIRETOR - PRESIDENTE DO MATO GROSSO PREVIDÊNCIA - MTPREV**, no uso de suas atribuições legais, e

**CONSIDERANDO** o teor dos arts. 8º, inciso VI, 16, 17 e 276 da Lei Complementar nº 04, de 15 de outubro de 1990;

**CONSIDERANDO** a Lei Complementar nº 128, de 11 de julho de 2003 e alterações, que dispõe sobre a criação da Coordenadoria Geral de Perícia Médica, no âmbito da Secretaria de Estado de Administração;

**CONSIDERANDO** a Lei Complementar nº 560, de 31 de dezembro de 2014 e alterações, que dispõe sobre a criação da Mato Grosso Previdência - MTPREV;

**CONSIDERANDO** o que disciplina o art. 31 do Decreto nº 5.356, de 25 de outubro de 2002, que dispõe sobre normas para a realização de concurso para o provimento efetivo dos cargos estaduais; e

**CONSIDERANDO** a necessidade de orientar os procedimentos para execução das avaliações médicas periciais de ingresso dos candidatos nomeados para fins de posse e exercício em cargos públicos,

**RESOLVEM:**

**Art. 1º** Esta Instrução Normativa disciplina os procedimentos necessários para a avaliação médica pericial de ingresso dos candidatos nomeados em concurso público para cargo efetivo na Administração Pública Direta e Indireta do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso.

**Art. 2º** Compete ao Mato Grosso Previdência - MTPREV a realização das perícias médicas de que trata o artigo anterior, conforme disposto no art. 2º, inciso IX, da Lei Complementar nº 560/2014.

**Art. 3º** As avaliações médicas periciais para fins de posse e exercício em cargos públicos serão realizadas após a publicação do ato governamental de nomeação do candidato no Diário Oficial do Estado.

§ 1º O nomeado deverá comparecer a uma das unidades de atendimento autorizadas pela Coordenadoria de Perícia Médica Previdenciária/MTPREV, após agendamento prévio, e apresentar os seguintes documentos:

- I - documento oficial de identidade;
- II - laudos/exames relacionados no anexo I desta Instrução Normativa;
- III - Formulário de Antecedentes Ocupacionais e de Saúde, conforme anexo II desta Instrução Normativa.

§ 2º Havendo necessidade, o médico perito poderá solicitar exames e/ou laudos complementares para concluir a avaliação médica.

**Art. 4º** Os documentos relacionados no anexo I desta Instrução Normativa deverão estar legíveis, sem rasuras e conter obrigatoriamente:

- I - nome completo do candidato, número do documento de identidade (RG) ou do CPF;
- II - nos laudos e atestados:
  - a) o nome completo do profissional de saúde declarante;
  - b) assinatura e o número da inscrição no Conselho de Classe para comprovação de especialidade ou de registro

profissional;

III - nos exames médicos:

a) a identificação do emissor; e

b) a data da coleta do material analisado ou da realização do procedimento.

§ 1º Serão aceitos exames, laudos e atestados médicos emitidos no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir da emissão do documento.

§ 2º Os exames, laudos e atestados médicos assinados e certificados de forma digital devem possuir código validador ou registro de assinatura digital e endereço virtual impresso para consulta de validade no site dos Conselhos de Classe.

§ 3º Caso não seja possível a validação quanto ao registro profissional ou da especialidade médica, não será aceito o laudo ou atestado médico apresentado.

**Art. 5º** Além dos exames médicos constantes do rol do anexo I, o médico perito responsável pela avaliação poderá solicitar ao nomeado, em conjunto ou isoladamente, as seguintes providências:

I - repetir os exames médicos já apresentados;

II - submeter-se a outros exames, ainda que não expressamente especificados nesta Instrução Normativa;

III - apresentar laudo avaliativo de médico especialista.

§ 1º Nos casos especificados neste artigo, a Perícia Médica Previdenciária/MTPREV concederá prazo suficiente para a realização da diligência, período durante o qual o prazo de posse ficará suspenso.

§ 2º Na hipótese do prazo estipulado no § 1º exceder o prazo legal para a posse, a Perícia Médica Previdenciária enviará documento denominado Suspensão de Prazo para Posse, por meio do Sistema Estadual de Produção e Gestão de Documentos Digitais - SIGADOC, à Gerência de Recrutamento e Seleção da Coordenadoria de Provimento/SUPAM/SAGP/SEPLAG, cujo teor

informará o prazo concedido para a realização da diligência, para fins de suspensão do prazo de posse.

**Art. 6º** Os exames e os demais procedimentos médicos previstos nesta Instrução Normativa poderão ser provenientes do serviço da rede de saúde pública ou privada.

**Parágrafo único** O ônus decorrente da realização dos exames e dos demais procedimentos médicos é de responsabilidade do nomeado.

**Art. 7º** O candidato nomeado como Pessoa com Deficiência - PCD deverá apresentar laudo médico discriminando a espécie, o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da classificação internacional de doenças (CID) vigente e a provável causa da deficiência.

§ 1º O laudo de que trata o *caput* deverá ser expedido por médico especialista na deficiência que o candidato possui.

§ 2º As deficiências serão classificadas em física, mental, intelectual ou sensorial e terão como referência os parâmetros instituídos pela Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015 e Lei Complementar Estadual nº 114, de 25 de novembro de 2002.

§ 3º O candidato nomeado como Pessoa com Deficiência - PCD será desqualificado desta condição, caso a limitação física, mental, intelectual ou sensorial não se enquadre nos parâmetros especificados na Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015, e na Lei Complementar Estadual nº 114, de 25 de novembro de 2002.

**Art. 8º** Concluída a avaliação, o Laudo Médico Pericial - LMP de ingresso do candidato nomeado no serviço público será emitido em até 72 (setenta e duas) horas, considerando o candidato nomeado apto ou inapto.

**Art. 9º** As disposições contidas nesta Instrução Normativa serão aplicadas aos candidatos nomeados a partir de

sua publicação.

**Art. 10** Os casos omissos decorrentes da aplicação desta Instrução Normativa serão dirimidos, em conjunto ou separadamente, pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão - SEPLAG ou pelo Mato Grosso Previdência - MTPREV, que prestarão orientação e auxílio dentro de suas competências.

**Art. 11** A Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão e o Mato Grosso Previdência - MTPREV poderão expedir, em conjunto ou separadamente, outras normas complementares que se fizerem necessárias para o cumprimento desta Instrução Normativa.

**Art. 12** Ficam revogados os artigos 2º, 3º, 3º-A, 4º, 5º, 6º e 7º da Instrução Normativa nº 003/SAD, de 28 de maio de 2013.

**Art. 13** Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Cuiabá/MT, 23 de março de 2023.

*(assinado digitalmente)*

**Basílio Bezerra Guimarães dos Santos**  
Secretário de Estado de Planejamento e Gestão

*(assinado digitalmente)*

**Elliton Oliveira de Souza**  
Diretor-Presidente do Mato Grosso Previdência

## **ANEXO I**

### **Relação de exames e laudos médicos exigidos para avaliação de ingresso de servidores efetivos**

<b>Item 01: Relação de exames obrigatórios para todos os cargos:</b>
----------------------------------------------------------------------

- |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hemograma completo em jejum;</li><li>2. Glicemia em jejum;</li><li>3. Reação sorológica para Lues (V.D.R.L);</li><li>4. Gama GT (Gama Glutamil Transferase);</li></ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Perfil Lipídico (Colesterol L.D.L, Colesterol H.D.L e Colesterol Total, Triglicérides);
6. Exame de urina tipo I (E.A.S);
7. Eletrocardiograma (E.C.G) com avaliação do médico cardiologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;
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;
9. Raios-X total da coluna vertebral com laudo radiológico (exceto para gestantes, que devem apresentar laudo de ultrassonografia gestacional recente);
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;
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;
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;
13. Atestado de saúde mental emitido por médico psiquiatra com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;
14. Laudo de Avaliação Psicológica voltado para a capacidade laboral do cargo pretendido, descrevendo os métodos, técnicas e instrumentos utilizados na avaliação, emitido por psicólogo com registro profissional ativo no Conselho Regional de Psicologia.
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;
16. Colpocitologia Oncótica - Papanicolau para mulheres com idade igual ou acima de 40 anos;
17. Antígeno Prostático Específico - P.S.A para homens com idade igual ou acima de 40 anos.

**Item 02: Exigidos para os cargos de professores da educação básica, superior e tecnológica:**

1. Laringoscopia de cordas vocais com avaliação do médico otorrinolaringologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina.

**Item 03: Exigidos para o exercício da função dos cargos de Policial Penal, Agente de Segurança Socioeducativo, Escrivão de**

<b>Polícia, Investigador de Polícia, Delegado de Polícia, Perito Oficial, Papiloscopista, Técnico em Necropsia e Perito Criminal II:</b>
1. Creatinina e ureia; 2. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia).
<b>Item 04: Exigidos para o exercício da função do cargo de Apoio Administrativo Educacional - Nutrição e outras ligadas à manipulação de alimentos e/ou bebidas - Nutricionista:</b>
1. Parasitológico de fezes; 2. Bacteriológico de secreção nasofaríngea; 3. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia).
<b>Item 05: Exigidos para o exercício da função de Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Odontólogo, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, cujas funções serão desenvolvidas em unidades hospitalares ou de atendimento a pacientes. Exigidos para o exercício do cargo de Profissional de Nível Superior do Sistema Penitenciário e Profissional de Nível Superior do Sistema Socioeducativo perfil: médico.</b>
1. Exame Anti-HCV; 2. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia); 3. Tempo de protrombina (TP ou TAP) e tempo de tromboplastina ativada (TTP ou PTT).

## ANEXO II

### Formulário de Antecedentes Ocupacionais e de Saúde

<b>DADOS - Pessoais e funcionais:</b>			
Nome:			
Data de Nascimento:		Naturalidade:	
Idade:		Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	
CPF:		R.G. nº:	
Estado Civil:		Órgão emissor:	
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			Hemorroidas			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			Tem varizes		



			peso					
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			Toca algum instrumento		

			licença médica?			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 porque 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