



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguai, 228 – Fone/fax (66)3478-1200 – CEP 78640-000 – Canarana-MT.

DECRETO Nº 2683/2016 DE 02 DE JUNHO DE 2016.

Estabelece normas relativas à Inspeção Médica Admissional para posse em cargo público do Município de Canarana-MT, e dá outras providências.

Evaldo Osvaldo Diehl, Prefeito Municipal de Canarana, Estado de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando a necessidade de regulamentar o disposto no artigo 15 do Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Canarana - MT, Lei Complementar 028, de 23 de dezembro de 2002,

DECRETA:

Art. 1º Para fins de posse em cargo público, o candidato deverá submeter-se a Inspeção Médica Admissional, nos termos do presente Decreto, a ser promovida pelo Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal, e firmar declaração sobre seu histórico de saúde, em formulário próprio, fornecido pelo referido Departamento - Anexo I.

Parágrafo único. A Inspeção Médica Admissional tem por objetivo avaliar o estado de saúde física e mental do candidato, o qual deverá apresentar capacidade laborativa para o desempenho do cargo ou função a ser exercida, não podendo apresentar patologia que possa vir a resultar em prejuízo à saúde do candidato ou incapacidade para o exercício de suas funções.

Art. 2º Para os fins deste Decreto, considera-se Inspeção Médica Admissional o procedimento médico realizado pela Junta Médica Oficial deste Município de Canarana-MT para avaliar a capacidade laborativa quanto à saúde do candidato aprovado em concurso público para provimento de cargo efetivo.

Art. 3º A Inspeção Médica Admissional será composta de avaliação realizada pela Junta Médica Oficial do Município; avaliação psicológica quando solicitada por profissional integrante da Junta Médica Oficial; de exames laboratoriais obrigatórios e predefinidos; e de exames obrigatórios complementares, caso sejam solicitados por profissional integrante da Junta Médica.

Parágrafo único. Considera-se Junta Médica Oficial a instituída pelo Decreto Municipal nº 2.400, de 18 de fevereiro de 2014, e alterações posteriores.

Art. 4º A Inspeção Médica Admissional será realizada pela Junta Médica Oficial em data agendada pelo Departamento de Recursos Humanos da



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguai, 228 - Fone/fax (66)3478-1200 - CEP 78640-000 - Canarana-MT.

Prefeitura Municipal e comunicada ao candidato com antecedência mínima de 02 (dois) dias.

Art. 5º Na data agendada para a avaliação médica, deverão ser apresentados à Junta Médica Pericial, pelo candidato, os exames ambulatoriais predefinidos, conforme Anexo II deste Decreto, bem como cópia das atribuições do cargo, constantes do edital do concurso.

Art. 6º No decorrer da avaliação médica poderá ser solicitada ao candidato a realização de exames laboratoriais complementares:

I- os exames complementares indicados no "caput" deste artigo deverão ser apresentados pelo candidato no prazo máximo de 10 (dez) dias, prazo que poderá ser prorrogado a critério do médico solicitante quando se tratar de casos que exijam exames de maior complexidade;

II- o médico solicitante dos exames complementares deverá agendar desde logo a data para a apresentação e avaliação dos exames complementares, cientificando o candidato.

Parágrafo único. Os exames laboratoriais obrigatórios e predefinidos e os exames obrigatórios complementares terão validade máxima de 90 (noventa) dias anteriores à data da avaliação médica.

Art. 7º Se na análise do exame clínico, dos exames laboratoriais e complementares for evidenciada alguma alteração clínica, o profissional de saúde deverá determinar se a mesma é:

I- compatível ou não com o cargo pleiteado;

II- potencializada com as atividades a serem desenvolvidas;

III- determinante de frequentes ausências;

IV- capaz de gerar atos inseguros, que venham a colocar em risco a segurança de outras pessoas.

§ 1º Em se tratando de candidato na condição de Pessoa com Deficiência (PcD), no laudo médico também deverá constar a espécie, o grau ou o nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID) vigente, bem como a provável causa da deficiência, de acordo com a lei.

§ 2º Evidenciadas quaisquer das alterações descritas nos incisos do "caput" deste artigo, o candidato será considerado inapto permanentemente para o cargo.

Art. 8º O resultado da avaliação feita pela Junta Médica Oficial dará origem ao parecer definitivo quanto à aptidão ou inaptidão do candidato para assumir o cargo.

§ 1º Caberá à Junta Médica Oficial a interpretação e análise dos exames, bem como a emissão dos laudos necessários e a emissão do parecer definitivo - Anexo III.

§ 2º Caso o candidato seja considerado inapto para o cargo público respectivo, deverá a Junta Médica Oficial fundamentar tal inaptidão.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguáí, 228 – Fone/fax (66)3478-1200 – CEP 78640-000 – Canarana-MT.

Art. 9º O não comparecimento à Inspeção Médica agendada ou a não apresentação dos exames solicitados caracterizará a desistência do candidato e resultará na sua eliminação no Concurso Público.

Art. 10. Todas as despesas decorrentes da realização dos exames deverão ser suportadas pelo candidato.

Art. 11. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Canarana-MT, 02 de junho de 2016.

Evaldo Osvaldo Diehl
Prefeito Municipal



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguai, 228 - Fone/fax (66)3478-1200 - CEP 78640-000 - Canarana-MT.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS - PARA USO PERICIAL

NOME: _____ CARGO: _____

CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M IDADE: _____

TELEFONE: _____ EMAIL: _____

ENDEREÇO ATUAL: _____

As informações deste questionário devem ser preenchidas pelo candidato. Esse questionário tem caráter sigiloso e será arquivado em prontuário médico. Assim, nenhum campo deverá ficar sem preenchimento.

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas.

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarréias		
Dificuldade para engolir		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima:		



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguá, 228 - Fone/fax (66)3478-1200 - CEP 78640-000 - Canarana-MT.

02- Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? () Não () Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem)_____

03- Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim. Qual(is)?_____

04- Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)? () Não () Sim. Qual(is)?_____

05 - Já sofreu alguma fratura? () Não () Sim. Tipo(s)? _____

06- Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)? () Não () Sim. Qual? _____ Por quais períodos? _____ Por quais motivos?_____

07- Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão? () Não () Sim. Qual(is)?_____

08- É tabagista? () Não () Sim. Cigarros/dia? _____ Há quanto tempo? _____

09- É etilista (consome bebida alcoólica)? () Não () Sim. Quantidade: _____ Frequência:_____

10- Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou outras)? () Não () Sim. Qual(is)? _____

11 - Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)? () Não () Sim. Qual(is)?_____

12 - Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos? () Não () Sim. Qual(is)? _____

13 - Apresenta ou já apresentou alguma doença infectocontagiosa?() Não () Sim. Qual(is)? _____

14 - Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites)? () Não () Sim. Qual(is)?_____

15 - Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima? () Não () Sim. Qual(is)?_____

16 - Já teve algum acidente de trânsito? () Não () Sim. Qual(is)?_____

17 - Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida? () Não () Sim.

18 - Tem filhos?() Não () Sim. Quantos? _____

"Código Penal Brasileiro. Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

DECLARO, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local _____ DATA ____/____/_____

Assinatura do Candidato _____

Ciente do Médico/Junta Médica:



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguai, 228 – Fone/fax (66)3478-1200 – CEP 78640-000 – Canarana-MT.

ANEXO II

EXAMES ADMISSIONAIS

PREDEFINIDOS Obrigatórios (apresentar original e cópia no momento do exame médico)	
TIPO	
Urina tipo I	Admissional - OBRIGATÓRIO
Hemograma c/plaquetas	Admissional - OBRIGATÓRIO
VDRL	Admissional - OBRIGATÓRIO
Protoparasitológicos	Admissional - OBRIGATÓRIO

COMPLEMENTARES - a critério do médico	
TIPO	INDICAÇÃO CLÍNICA
Audiometria	Toda atividade em que o ruído do ambiente de trabalho seja igual a 85 DB.
Espirometria	Toda atividade em que há risco ao aparelho respiratório.
Eletrocardiograma	Toda atividade realizada em altura, eletricidade de alta tensão e veículos; e para candidatos com mais de 45 anos de idade.
Colinesterase plasmática	Atividades em que há risco de intoxicações por agrotóxicos.
Raio X de tórax	Atividades em que há risco ao aparelho respiratório.
Outros	



ESTADO DE MATO GROSSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguai, 228 - Fone/fax (66)3478-1200 - CEP 78640-000 - Canarana-MT.

ANEXO III

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL - Ficha Clínica

NOME DO CANDIDATO:			Data de Nascimento	Idade	
Est. Civil	Sexo	Naturalidade - Nacionalidade	CPF	RG	
CARGO PRETENDIDO		EMAIL	TELEFONE:		
Altura (m)	Peso (kg)	IMC (Peso/Altura ²)	Circunferência abdominal (cm)	Pressão arterial	
Exame Físico					
Exames Diversos		(A/B)	Exames Diversos		(A/B)
1. Tecido Celular Subcutâneo - Pele e Fâneros			7. Aparelho Oeste - Auricular Ligamentos		
2. Aparelho Circulatório			8. Aparelho Endócrino		
3. Aparelho Respiratório			9. Sistema Nervoso		
4. Aparelho Hemolinfopoético			10. Órgãos dos Sentidos		
5. Aparelho Digestivo			11. Exame Mental		
6. Aparelho Gênito Urinário			12. Outros		
"A" = Exames realizados sem particularidade			"B" Exames realizados relatados abaixo		
Exames complementares (especificar apenas resultados significativos):					
CONCLUSÃO MÉDICA: CONSIDERANDO O CARGO PRETENDIDO O CANDIDATO ESTÁ:					
<input type="checkbox"/> Apto ao Cargo de _____					
<input type="checkbox"/> Inapto ao Cargo de _____, em decorrência de:					
<input type="checkbox"/> Incapacidade para as atribuições inerentes ao cargo decorrente de agravo à saúde que o incompatibiliza para o exercício do cargo pleiteado					
<input type="checkbox"/> Possibilidade de o trabalho acarretar progressão do agravo à saúde					
<input type="checkbox"/> Risco para terceiros					
<input type="checkbox"/> Determinante de freqüentes ausências.					
Justificativa do Parecer (a ser preenchido no caso de candidato considerado inapto ao cargo):					
_____ Carimbo e assinatura do médico			_____ Carimbo e assinatura do médico		
_____ Carimbo e assinatura do médico			_____ Local e Data		



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CANARANA

Rua Miraguáí, 228 – Fone/fax (66)3478-1200 – CEP 78640-000 – Canarana-MT.

