



CONSELHO  
NACIONAL DO  
MINISTÉRIO PÚBLICO

**PORTARIA CNMP-PRESI Nº 211, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2014.**

Regulamenta os critérios para o concurso público de provimento dos cargos de Analista e Técnico Administrativo do CNMP e procedimentos de inspeção médica oficial prévia à posse no cargo.

**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO,** no uso das atribuições que lhe conferem o art. 130-A da Constituição da República de 1988, e o art. 12, XIV e XVII, da Resolução nº 92, de 13 de março de 2013 (Regimento Interno do CNMP), tendo em vista o disposto nos arts. 10 e 14 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 11.415, de 15 de dezembro de 2006, nos autos do Processo Administrativo nº 0.00.002.001841/2014-28, RESOLVE:

Art. 1º O concurso público para provimento dos cargos de Analista e Técnico Administrativo do CNMP será composto de provas objetiva e discursiva, de caráter eliminatório e classificatório.

Art. 2º O candidato que necessitar de atendimento especial por ocasião da realização das provas deverá encaminhar solicitação indicando os recursos especiais necessários, que será analisada segundo os critérios de viabilidade e razoabilidade.

Art. 3º A posse nos cargos de Analista e de Técnico Administrativo do CNMP dependerá da realização de prévia inspeção médica oficial.

Art. 4º A inspeção médica deverá atestar a aptidão física e mental do empossando para o exercício das atribuições do cargo, descritas na Portaria CNMP-PRESI nº 75, de 8 de abril de 2014.

§ 1º Por ocasião da inspeção médica, o empossando deverá apresentar os seguintes exames complementares e relatórios de avaliação médica especializada:

I – para todos os empossandos:

- a) hemograma completo;
- b) glicemia em jejum;
- c) ureia;
- d) creatinina;



- e) J.O. Almeida ou Machado Guerreiro;
- f) colesterol total e triglicérides;
- g) transaminases (TGO/TGP);
- h) sumário de urina (EAS);
- i) para mulheres, citologia oncótica (Papanicolau);

j) relatório descritivo e conclusivo de consulta médica com psiquiatra, que deverá contemplar obrigatoriamente: senso-percepção, representação, conceito, juízo e raciocínio, atenção, consciência, memória, afetividade, volição e linguagem, além de registro quanto a eventual contato psiquiátrico prévio, em especial tratamentos e hospitalizações, conforme modelo do Anexo I;

II – para os empossandos com mais de 35 (trinta e cinco) anos de idade:

- a) os previstos no inciso I;
- b) eletrocardiograma de repouso, com laudo, realizado até 3 (três) meses anteriores à inspeção médica;

III - para os empossandos com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade:

- a) os previstos no inciso I e II;
- b) relatório de avaliação clínica realizada com oftalmologista;

IV - para os empossandos com mais de 50 (cinquenta) anos de idade:

- a) os previstos no inciso I a III;
- b) pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunocromatográfico);
- c) mamografia, para mulheres; e
- d) PSA, para homens.

§ 2º O empossando se apresentará para inspeção médica oficial, munido dos exames complementares e relatórios de avaliações médicas especializadas constantes do parágrafo anterior, os quais, na ausência de prazo diverso neles expresso, deverão ter sido realizados e emitidos dentro do prazo de até 180 (cento e oitenta) dias da inspeção médica.

§ 3º Os exames complementares e avaliações médicas especializadas deverão ser realizados às expensas do empossando e neles deverão constar o seu nome completo e a assinatura do profissional responsável com o respectivo registro no órgão de classe específico, os quais serão conferidos quando da inspeção.

§ 4º A critério do médico ou junta médica, outros exames e relatórios de avaliações



médicas especializadas poderão ser solicitados ao empossando para elucidação diagnóstica, complementação e/ou correção, que deverão ser apresentados no prazo de 10 (dez) dias, desde que outro não seja especificado, e às expensas do empossando.

Art. 5º Por ocasião da inspeção médica, o empossando deverá preencher declaração sobre a sua condição de saúde, conforme modelo constante do Anexo II, e que comporá a anamnese.

Art. 6º Se na análise da inspeção médica for evidenciada alguma alteração clínica, o médico ou junta médica deverá enquadrá-la como:

I - compatível ou não com o cargo pretendido;

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 do empossando ou de outras pessoas; e/ou

V - potencialmente incapacitante a curto prazo.

§ 1º Será considerado inapto para o exercício do cargo o empossando que:

I – não comparecer à inspeção médica oficial;

II – não apresentar qualquer dos exames ou relatórios de avaliação médica referidos no art. 4º desta Portaria;

III – segundo relatório conclusivo da inspeção médica, não gozar de aptidão física ou mental para o exercício do cargo.

§ 2º A conclusão pela aptidão ou inaptidão do empossando para o exercício do cargo será aferida no caso concreto e fundamentadamente justificada à vista da inspeção médica e das atribuições do cargo.

Art. 7º Na ausência de médico ou junta médica oficial para a realização da inspeção prevista nesta Portaria, o CNMP poderá celebrar convênios ou promover a contratação de pessoa jurídica, nos termos do art. 230, §§ 1º e 2º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 18 de novembro de 2014.

  
RODRIGO JANOT MONTEIRO DE BARROS



## ANEXO I

Modelo de relatório descritivo e conclusivo de consulta médica com psiquiatra

### RELATÓRIO CLÍNICO

O(a) candidato(a) [NOME COMPLETO], RG nº [.....], expedido por [.....], examinado por mim nesta data, apresenta as seguintes condições psíquicas:

- a) Senso-percepção: [...]
- b) Representação: [...]
- c) Conceito: [...]
- d) Juízo e raciocínio: [...]
- e) Atenção: [...]
- f) Consciência: [...]
- g) Memória: [...]
- h) Afetividade: [...]
- i) Volição e linguagem: [...]

Contato psiquiátrico prévio (em especial tratamentos e hospitalizações): [...]

Outras informações relevantes: [...]

Conclusão: : [...]

Local e data.

(assinatura)

Nome/CRM (legíveis)





## ANEXO II

Declaração sobre a condição de saúde do candidato  
(a ser preenchida na inspeção médica prévia à posse)

Dados Pessoais			
Nome:		Data de Nascimento:	
RG/Órgão Expedidor:		Idade:	
CPF:		Cargo:	

Revisão de Hábitos				
Tabagismo:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Cigarros/dia:	Por quantos anos?
Exercício Físico:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Irregularmente	Regularmente:
				<input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 5 ou mais vezes por semana.
Que tipo de exercício?				
Alguma restrição médica a exercícios?				
Etilismo:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doses/semana:	Por quantos anos?
Outros hábitos com relevante impacto à saúde:				

História Familiar (parentes até 2º Grau)	
- marque apenas se houve alguma das doenças abaixo na família (apenas pais, irmãos e avós), especificando doença e relação de parentesco).	
<input type="checkbox"/> Câncer:	_____
<input type="checkbox"/> Infarto do Miocárdio ou AVC (Homens antes dos 55 e mulheres antes dos 65):	_____
<input type="checkbox"/> Doenças neurológicas, mentais ou psiquiátricas (incluir quadros demenciais):	_____
<input type="checkbox"/> Obesidade:	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus:	_____
<input type="checkbox"/> Outras doenças recorrentes na família:	_____

História Patológica	
- mencione se tem problemas de saúde ativos e, também, se teve problemas de saúde já resolvidos.	
Interações Hospitalares:	<input type="checkbox"/> nunca fui internado(a) <input type="checkbox"/> já fui internado (a) (especificar motivos e época)
Cirurgias:	<input type="checkbox"/> nunca fui submetido(a) a cirurgias <input type="checkbox"/> já fui submetido(a) a cirurgias (especificar motivos e época)
Faz uso regular de medicamentos (de qualquer tipo e para qualquer fim):	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Quais?
Faz uso frequente de medicamentos (de qualquer tipo e para qualquer fim):	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Quais?



<b>Agravos/Tratamentos:</b>				
<i>Sistema Circulatório (Cardiovascular):</i>				
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Trombose/Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Isquemia Cerebral	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite:
Angina pectoris (angina do peito)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite:
Infarto Agudo do Miocárdio	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite:
Arritmia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Outros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	

<i>Sistema Endócrino (hormonal):</i>				
"Diabetes Mellitus"	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Alterações de Tireóide	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Outros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	

<i>Sistema Digestório:</i>				
Esôfago/Estômago/Intestino delgado	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Intestino Grosso (Cólon)/Reto/Ânus	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Boca	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	
Outros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N.	



				Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.

<i>Sistema Imunitário:</i>				
Alergias (medicamentosos, alimentos, contato, respiratória)	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	
Doenças Autoimunes	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	
Outros	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	

<i>Sistema Urinário e Reprodutivo:</i>				
Rins	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	
Vias Urinárias (ureteres, bexiga, uretra)	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	
Ginecológico	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	
Aparelho reprodutivo masculino	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	

<i>Sistema Nervoso:</i>				
Cérebro, tronco cerebral, pares cranianos, medula neural, nervos periféricos	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	

<i>Sistema Locomotor:</i>				
Músculos, tendões, ossos, articulações, coluna	[ ] Não	[ ] Sim	[ ] ativo [ ] passado - Quando?	Cite:
			Em tratamento regular: [ ] S [ ] N.	





<i>Sistema Tegumentar:</i>				
Pele, cabelos, pêlos, unhas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:

<i>Sistema Respiratório e Agravos Otorrinolaringológicos</i>				
Pulmões	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
Nariz, orelhas, garganta, seios nasais	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
Outros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:

<i>Agravos psicológicos ou psiquiátricos (já fez tratamentos, já foi encaminhado para tratamentos por profissionais de saúde, já sentiu a necessidade de fazer tratamentos psicológicos ou psiquiátricos?)</i>				
Psicológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> passado - Quando?	Cite:
Já foi internado por problemas psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quantas vezes?	Quando?

Local e data	Nome do Candidato	Assinatura do Candidato