

EDITAL n. 23/2025 - SAD/SEJUSP/PCMS/APJ/2025
CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS – SAD/SEJUSP/PCMS/APJ/2025, PARA PROVIMENTO
NO CARGO DA CATEGORIA FUNCIONAL DE AGENTE DE POLÍCIA JUDICIÁRIA, NAS FUNÇÕES DE
ESCRIVÃO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA E DE INVESTIGADOR DE POLÍCIA JUDICIÁRIA, DO QUADRO DE
PESSOAL DA POLÍCIA CIVIL DE MATO GROSSO DO SUL

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO, o SECRETÁRIO DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, e o DELEGADO-GERAL DA POLÍCIA CIVIL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o disposto no Edital n. 1/2025 – SAD/SEJUSP/PCMS/APJ/2025, de 16 de julho de 2025, tornam pública, a convocação dos candidatos para realizarem a Avaliação Médico-Odontológica para o Concurso Público de Provas e Títulos, conforme as seguintes disposições:

1. Poderão participar da **Avaliação Médico-Odontológica** todos os candidatos aprovados, relacionados no **Edital n. 20/2025 – SAD/SEJUSP/PCMS/APJ/2025**, que contempla a relação de candidatos aprovados na Prova Escrita Objetiva e classificados conforme o quantitativo estabelecido na tabela do subitem 7.2 do Edital de Abertura n. 1/2025.
2. O candidato deverá observar todo o disposto no item 10 do Edital de Abertura n. 01/2025 -SAD/SEJUSP/PCMS/APJ/2025, publicada por meio Diário Oficial de n. 11.887 de 16 de julho de 2025.
3. A Avaliação Médico-Odontológica, de caráter exclusivamente eliminatório, será realizada nos dias **12/11/2025**,

13/11/2025 e 14/11/2025, no município de Campo Grande, conforme a data e horários especificados individualmente através do **CARTÃO DE CONVOCAÇÃO DO CANDIDATO PARA AVALIAÇÃO MÉDICO-ODONTOLÓGICA**, disponível no site www.avaliao.org.br.

3.1. Para a realização da Avaliação Médico-Odontológica, o candidato deverá comparecer ao local designado para a sua realização com antecedência mínima de 1 (uma) hora do horário fixado para o fechamento dos portões, **munido da via original de seu documento de identificação (nos moldes previstos no subitem 5.3 do Edital de Abertura n. 01/2025), do FORMULÁRIO DE ANAMNESE devidamente preenchido e assinado (disponível no Anexo Único deste Edital), dos originais dos exames, laudos e demais documentos relacionados nos itens deste Edital.**

3.2. É recomendado que o candidato durma bem na noite anterior ao dia de realização da Avaliação Médico-Odontológica, alimente-se adequadamente, não ingira bebidas alcoólicas e nem faça uso de substâncias químicas, a fim de estar em boas condições para a realização da referida fase.

3.3. As avaliações integrantes da Avaliação Médico-Odontológica não serão realizadas fora da data, do horário e dos espaços físicos estabelecidos, bem como não será dado nenhum tratamento privilegiado, nem será levada em consideração qualquer alteração psicológica ou fisiológica passageira do candidato na data de sua realização.

3.4. O candidato que tiver necessidade de portar arma de fogo durante a realização da Avaliação Médico-Odontológica, e que tenha solicitado o atendimento especial deverá, no dia designado para realização da Avaliação, de acordo com os horários especificados neste Edital, comparecer, com antecedência mínima de 1 (uma) hora do horário fixado para o fechamento dos portões, na coordenação disponível em seu local de avaliação para solicitar o acautelamento da arma, **portando o FORMULÁRIO PARA ACAUTELAMENTO DE ARMA DE FOGO preenchido e assinado (disponível no endereço eletrônico www.avaliao.org.br), o Porte Funcional de Arma de Fogo ou a autorização de Porte de Arma de Fogo (PAF) e o Certificado de Registro de Arma de Fogo (CRAF).**

4. A Avaliação Médico-Odontológica, de caráter eliminatório, visa a identificar, mediante exames clínicos, análises de testes e exames laboratoriais, doenças, sinais ou sintomas que inabilitem o candidato para a realização da avaliação de aptidão física ou do curso de formação policial, bem como para o exercício das funções dos cargos das carreiras da Polícia Civil.

5. Mencionada avaliação será realizada por Junta Médica Especial, constituída por profissionais da área designados especificamente para esse fim, que avaliará o candidato e emitirá o resultado, com a menção "apto" ou "inapto".

6. A Avaliação Médico-Odontológica constará das seguintes etapas:

a) Etapa I: preenchimento do Formulário de Anamnese, com a finalidade de formar o histórico de doenças pregressas, tratamentos anteriores, histórico familiar e histórico de uso de medicamentos pelo candidato;

b) Etapa II: realização da Avaliação Presencial (exame médico), consistindo na avaliação da saúde do candidato sob os aspectos clínico, antropométrico e de aptidão física.

7. Para realizar a Etapa I, deve o candidato efetivar o preenchimento de todas as informações solicitadas no Formulário de Anamnese, disponível no Anexo Único deste Edital. Os candidatos deverão imprimir o Formulário, preencher todas as informações, aceitar os termos da declaração, colocar cidade, estado e data (do dia do preenchimento), assinar o Formulário e entregar no dia e horário da sua Avaliação Presencial.

8. Na data designada para realização da Etapa II – Avaliação Presencial, os candidatos deverão comparecer ao local designado neste edital de convocação portando os originais de seu documento oficial de identificação, o Formulário de Anamnese devidamente preenchido e assinado, e os resultados de exames, os laudos e os pareceres relacionados nas alíneas "a" a "m" deste subitem, todos expedidos, no máximo, nos 30 (trinta) dias anteriores à data definida para a Avaliação:

a) hemograma completo, glicemia, creatinina, GGT, fosfatase alcalina, transaminases (TGO/TGP), colesterol total e frações, triglicerídeos;

b) teste ergométrico (TE), com laudo;

c) ecografia de abdome total, com laudo;

d) avaliação Cardiológica: realizada por Médico Cardiologista, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, declarando nominalmente o candidato (deverá conter nome completo e CPF do candidato) como Apto para exercer as atribuições inerentes ao cargo.

e) radiografia do tórax (incidências PA e Perfil) com laudo;

f) radiografia panorâmica da coluna vertebral (incidências AP e Perfil em Ortostatismo) com laudo descrevendo medida da linha SVA, medida do ângulo da curva de escoliose, se houver, medida do grau de curvatura da coluna torácica e medida do grau de espondilolistese, se houver;

g) avaliação Ortopédica: realizada por Médico Ortopedista, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, declarando nominalmente o candidato (deverá conter nome completo e CPF do candidato) como Apto para exercer as atribuições inerentes ao cargo.

h) grupo sanguíneo – fator Rh;

i) eletroencefalograma (EEG), com laudo;

j) avaliação Neurológica: realizada por Médico Neurologista, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, declarando nominalmente o candidato (deverá conter nome completo e CPF do candidato) como Apto para exercer as atribuições inerentes ao cargo;

k) avaliação Psiquiátrica: realizada por Médico Psiquiatra, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, que deverá emitir laudo nominal do candidato (deverá conter nome completo e CPF do candidato) sobre: comportamento, humor, coerência e relevância do pensamento, conteúdo ideativo, percepções, hiperatividade, encadeamento de ideias, orientação, memória recente, memória remota, tirocínio, uso ou não de medicamentos psicotrópicos (psicofármacos), e ainda, qualquer antecedente de doença psiquiátrica;

l) exame toxicológico do tipo “larga janela de detecção”, em amostra queratínica (cabelo ou pelo), com análise retrospectiva mínima de 90 (noventa) dias, que acuse uso de substâncias entorpecentes ilícitas causadoras de dependência química ou psíquica de qualquer natureza, entre elas: a) maconha e derivados; b) metabólicos do delta-9 THC; c) cocaína e derivados; d) anfetaminas (inclusive metabólitos e derivados), ecstasy (MDMA, MDA e MDE), piniclidina (PCP), metanfetaminas; e) opiáceos, opióides e derivados;

m) radiografia panorâmica do complexo maxilo-mandibular;

8.1. Caso o candidato faça uso de qualquer uma das substâncias mencionadas na alínea “l” deste por expressa recomendação médica, deverá apresentar juntamente ao laudo do exame toxicológico, cópia do documento expedido por profissional competente que contenha a prescrição, além do respectivo laudo.

8.2. Os candidatos poderão realizar os exames em estabelecimentos de sua escolha, devendo observar, no entanto, as exigências e os prazos estabelecidos neste e nos demais editais relativos ao Concurso Público.

8.3. Nos laudos das avaliações cardiológica, neurológica, ortopédica e psiquiátrica, deverá constar, necessariamente, o número do RQE (Registro de Qualificação do Especialista) do profissional responsável pela avaliação do candidato.

8.4. Em todos os exames deverá constar o nome e o número do documento de identidade do candidato preenchido pelo profissional ou laboratório que os realizou, sob pena de suspeição e exclusão do candidato do certame.

8.5. Além dos exames relacionados neste item, poderão ser solicitados outros exames, laudos ou pareceres especializados, de caráter complementar, necessários à avaliação completa desta fase, de forma a possibilitar a verificação da capacidade ou incapacidade do candidato para o exercício da função, face às exigências de vitalidade física requeridas para as tarefas que serão executadas rotineiramente, observadas as normas da medicina especializada, os quais serão realizados às expensas do candidato.

8.6. Na hipótese de solicitação de exames, laudos ou pareceres complementares, pela Junta Médica Especial, a informação será lançada na ficha de avaliação do candidato, sendo este declarado

provisoriamente “inapto”, até que seja apresentado o resultado do documento complementar solicitado, providência que deverá ser realizada pelo candidato durante o prazo recursal, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos em edital próprio.

8.7. Após a apresentação, pelo candidato, do exame, laudo ou parecer complementar solicitado, a Junta Médica Especial analisará o teor do documento e deliberará pela aptidão do candidato na Avaliação Médico-Odontológica, ou pela manutenção da inaptidão, tornando-a definitiva. Caso o candidato deixe apresentar a documentação solicitada dentro do prazo ou de acordo com as normas e procedimentos fixados, a inaptidão se tornará, automaticamente, definitiva.

8.8. Os Exames de Saúde e Toxicológico solicitados neste item deverão ser custeados integralmente pelo candidato.

9. Serão julgados inaptos para as atribuições inerentes à carreira da Polícia Civil, pela Junta Médica Especial, os candidatos que:

a) Avaliação Cardiológica em que conste observações impeditivas e/ou não autorização para o pleno exercício das atribuições inerentes ao cargo a que se refere este concurso público;

b) Avaliação Ortopédica em que conste observações impeditivas e/ou não autorização para o pleno exercício das atribuições inerentes ao cargo a que se refere este concurso público;

c) Exame Toxicológico com resultado INCONCLUSIVO por não fornecer material biológico ou mesmo não ser suficiente para análise; Exame Toxicológico com resultado POSITIVO para uma ou mais substâncias entorpecentes ilícitas, tais como: a) Causadoras de dependências química ou psíquica de qualquer natureza; b) Maconha e derivados; c) Cocaína e derivados; d) Opiáceos, opióides, ecstasy (MDMA, MDA e MDE), piniclidina (PCP), anfetaminas, metanfetaminas.

d) Avaliação Neurológica em que conste observações impeditivas e/ou não autorização para o pleno exercício das atribuições inerentes ao cargo a que se refere este concurso público;

e) Avaliação Psiquiátrica em que conste quaisquer Doenças e/ou Transtornos Mentais e de Comportamento, entre eles: a) Demências, retardos mentais e outros transtornos mentais devido a lesão, disfunção cerebral e a doença física; b) Transtornos psicóticos; c) Transtornos do humor (depressão profunda/ acentuada, distímia, mania e outros); d) Transtornos dissociativos, somatoformes, neuróticos e relacionados ao estresse; e) Transtornos de personalidade; f) Transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas; g) Transtornos comportamentais e emocionais, com início habitualmente durante a infância ou a adolescência; h) Transtornos do sono, dos hábitos e dos impulsos; i) Histórico clínico de tratamento psiquiátrico ou uso prolongado de psicofármacos; j) Síndrome do Pânico; k) Qualquer doença e/ou distúrbio mental e de comportamento incompatível com o cargo ao qual concorre.

10. Em todos os diagnósticos dos exames será respeitado o sigilo médico.

11. Serão eliminados do concurso público todos os candidatos que na Avaliação Médico-Odontológica forem considerados “inaptos” para o exercício da função, que não cumprirem o procedimento estabelecido em edital específico, que não comparecerem na data e horário previstos **ou que não entregarem todos os exames, laudos, pareceres e demais documentações solicitadas.**

12. Os resultados preliminares e definitivos da Avaliação Médico-Odontológica serão publicados mediante editais próprios, que conterão a relação dos candidatos convocados para a Fase, com os respectivos resultados expressos em “apto”, “inapto” ou “ausente”.

CAMPO GRANDE-MS, 14 DE OUTUBRO DE 2025.

FREDERICO FELINI
Secretário de Estado de Administração

ANTONIO CARLOS VIDEIRA
Secretário de Estado de Justiça e Segurança Pública

LUPÉRSIO DEGERONE LUCIO
Delegado-Geral da Polícia Civil de Mato Grosso do Sul

ANEXO ÚNICO DO EDITAL n. 23/2025 - SAD/SEJUSP/PCMS/APJ/2025
CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS – SAD/SEJUSP/PCMS/APJ/2025, PARA PROVIMENTO
NO CARGO DA CATEGORIA FUNCIONAL DE AGENTE DE POLÍCIA JUDICIÁRIA, NAS FUNÇÕES DE
ESCRIVÃO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA E DE INVESTIGADOR DE POLÍCIA JUDICIÁRIA, DO QUADRO DE
PESSOAL DA POLÍCIA CIVIL DE MATO GROSSO DO SUL

FORMULÁRIO DE ANAMNESE

Nome:	Inscrição:
Data de Nascimento:	RG:
Cargo:	Data e Hora:
Local:	

FICHA CLÍNICA – QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL

(Preenchido pelo candidato)

PERGUNTAS	SIM	NÃO	NÃO SEI
01- Tem dificuldade para enxergar? / Usa óculos?			
02- Apresenta algum problema em sua visão?			
03- Apresenta algum problema auditivo ou em seus ouvidos?			
04- Apresenta dor de cabeça com frequência?			
05- Apresenta problemas de humor irritação / nervosismo?			
06- Apresenta dificuldade para dormir/ insônia?			
07- Tem alguma alergia?			
08- Apresenta algum problema pulmonar?			
09- Sente falta de ar?			
10- Tem pressão alta?			
11- Tem problemas intestinais ou estomacais?			
12- Apresenta vômitos ou diarreias?			
13- Tem habitualmente dores ou inchaço nas juntas?			
14- Já teve desmaios?			
15- Já teve convulsões?			
16- Teve algum problema de rins ou bexiga?			
17- Teve doenças sexualmente transmissíveis?			
18- Já foi operado(a)?			
Se sim descreva a cirurgia:			
19- Já sofreu algum acidente?			
20- Fuma?			
21- Usa habitualmente bebida alcoólica?			
22- Já ficou afastado do trabalho por motivos de saúde?			
23- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?			
24- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente?			
25- Algum membro da família faz tratamento psiquiátrico/psicológico?			
26- Tem feito uso habitual de algum medicamento?			
Se sim qual:			
27- No momento está fazendo algum tratamento médico?			
Se sim, especificar:			
Você é portador ou já teve alguma das doenças abaixo:			
28- Cardíaca?			
29- Asma?			
30- Tuberculose?			
31-Asma/ Bronquite?			
32- Doença do aparelho gastrointestinal?			
33- Doença do fígado ou hepatite?			
34- Hérnia?			
35- Doença do pâncreas?			
36- Diabetes?			
37- Doença neoplásica (câncer)?			
38- Doença dos Rins?			
39- Reumatismo?			
Você sente:			
40- Dores nas costas?			
41- Dores nos ombros, braços ou mãos?			

42- Dores nas pernas ou nos pés?

Antecedentes Familiares – Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo (Avós, tios, pais e irmãos):

Doença	Sim	Não	Parentesco	Doença	Sim	Não	Parentesco
43 - Diabetes				44 - Cardiopatia			
45 - Hipertensão				46 - Neoplasia			
47 - Distúrbio mental				48 - Surdez			
49 - Alcoolismo				50 - Tuberculose			
51 - Asma				52 - Alergia			

PERGUNTAS

SIM NÃO NÃO SEI

53- Já sofreu algum acidente de trabalho?

54- Já sofreu alguma doença do trabalho ou profissional?

55- Qual foi a sua ocupação anterior?

56- Há seu ver, tem alguma condição de saúde que o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Qual?

57- Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante?

58- Considerando as respostas positivas (Sim) aos quesitos anteriores, julga-se APTO(A) a exercer o cargo a que se propõe?

Assinatura

Campo Grande/MS, _____ de novembro de 2025.