

EDITAL n. 20/2025 - SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES
CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS – SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES/2025, PARA PROVIMENTO NO
CARGO AGENTE DE SEGURANÇA SOCIOEDUCATIVAS, DO QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA DE
ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - SEJUSP

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO, e o SECRETÁRIO DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o disposto no Edital n. 1/2025 – SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES/2025, de 16 de julho de 2025, tornam público, a convocação dos candidatos para realizarem o Exame de Saúde para o Concurso Público de Provas e Títulos, conforme as seguintes disposições:

1. Poderão participar do **EXAME DE SAÚDE** todos os candidatos aprovados, relacionados no **Edital n. 18/2025 – SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES/2025**, que contempla a relação de candidatos aprovados na Prova Escrita Objetiva e classificados conforme o quantitativo estabelecido na tabela do subitem 7.3 do Edital de Abertura n. 1/2025.
2. O candidato deverá observar todo o disposto no item 10 do Edital de Abertura nº 01/2025 - SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES/2025, publicada por meio Diário Oficial de n. 11.887 de 16 de julho de 2025.
3. O Exame de Saúde, de caráter exclusivamente eliminatório, será realizada no município de Campo Grande, conforme as datas e horários especificados no **CARTÃO DE CONVOCAÇÃO DO CANDIDATO PARA O EXAME DE SAÚDE**, disponível no site www.avalia.org.br.

3.1. Ficam alteradas as datas previstas no cronograma de execução do certame, no que se refere a realização do Exame de Saúde, para os dias **04/11/2025 e 05/11/2025**, em conformidade com o subitem 5.2.4 do Edital de Abertura nº 01/2025 - SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES/2025.

3.2. Para a realização do Exame de Saúde, 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.**

3.3. É recomendado que o candidato durma bem na noite anterior ao dia de realização do Exame de Saúde, 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.

3.4. As avaliações integrantes do Exame de Saúde 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.

3.5. O candidato que tiver necessidade de portar arma de fogo durante a realização da Prova Escrita Objetiva, e que tenha solicitado o atendimento especial deverá, no dia designado para realização da Prova, 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 prova 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. O Exame de Saúde, de caráter exclusivamente eliminatório, destina-se a verificar mediante exames clínicos, análise dos laudos, dos testes e dos exames solicitados, a presença de doenças, sinais ou sintomas que inabilitem o candidato para o exercício das funções inerentes ao cargo ao qual concorre.

5. O Exame de Saúde será realizado 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".

5.1. O Formulário de Anamnese, os Exames de Saúde e Toxicológico, bem como os respectivos laudos apresentados pelo candidato, serão retidos sob a guarda da Junta Médica e terão validade exclusiva para este certame.

6. O Exame de Saúde constará das seguintes etapas:

a) Etapa I: preenchimento do Formulário de Anamnese (disponível no Anexo Único deste Edital) com a finalidade de formar o histórico de doenças progressas, 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, efetivar o preenchimento de todas as informações solicitadas no Formulário de Anamnese, de acordo com os prazos e os procedimentos estabelecidos em edital próprio.

8. Na data designada para realização da Etapa II – Avaliação Presencial, os candidatos deverão comparecer ao local designado 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 "l" deste subitem, todos expedidos, no máximo, nos 30 (trinta) dias anteriores à data definida para a Avaliação, além de outros objetos individuais especificados em edital próprio:

- 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 Ortopedia, 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 Psiquiatria, 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.

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. Além dos exames relacionados no item 8, 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.

8.5. 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.

8.6. 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 no Exame de Saúde, 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.

8.7. Os Exames de Saúde e Toxicológico solicitados no item 8 deverão ser custeados integralmente pelo candidato.

9. Serão julgados inaptos para as atribuições inerentes à carreira de Gestão de Medidas Socioeducativas, 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 no Exame de Saúde 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 dos Exames de Saúde 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, 10 DE OUTUBRO DE 2025.

FREDERICO FELINI
Secretário de Estado de Administração

ANTONIO CARLOS VIDEIRA
Secretário de Estado de Justiça e Segurança Pública

**ANEXO ÚNICO AO EDITAL n. 20/2025 - SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES
CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS – SAD/SEJUSP/SAS/AGENTES/2025, PARA PROVIMENTO NO
CARGO AGENTE DE SEGURANÇA SOCIOEDUCATIVAS, DO QUADRO DE PESSOAL DA SECRETARIA DE
ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - SEJUSP**

FORMULÁRIO DE ANAMNESE

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

FICHA CLÍNICA – QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL
(Preenchido pelo candidato)

PERGUNTAS	SIM	NÃO	NÃO SEI
01- Tem dificuldade para enxergar? / Usa óculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- Apresenta algum problema em sua visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- Apresenta algum problema auditivo ou em seus ouvidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- Apresenta dor de cabeça com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- Apresenta problemas de humor irritação / nervosismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- Apresenta dificuldade para dormir/ insônia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- Tem alguma alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- Apresenta algum problema pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- Sente falta de ar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Tem pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Tem problemas intestinais ou estomacais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Apresenta vômitos ou diarreias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Tem habitualmente dores ou inchaço nas juntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Já teve desmaios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Já teve convulsões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Teve algum problema de rins ou bexiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Teve doenças sexualmente transmissíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Já foi operado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim descreva a cirurgia:			
19- Já sofreu algum acidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Usa habitualmente bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22- Já ficou afastado do trabalho por motivos de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Algum membro da família faz tratamento psiquiátrico/psicológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Tem feito uso habitual de algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim qual:			
27- No momento está fazendo algum tratamento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, especificar:			
Você é portador ou já teve alguma das doenças abaixo:			
28- Cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- Tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-Asma/ Bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32- Doença do aparelho gastrointestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33- Doença do fígado ou hepatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34- Hérnia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- Doença do pâncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Doença neoplásica (câncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38- Doença dos Rins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você sente:			
40- Dores nas costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Dores nos ombros, braços ou mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Dores nas pernas ou nos pés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		44 - Cardiopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45 - Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		46 - Neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47 - Distúrbio mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		48 - Surdez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49 - Alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50 - Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51 - Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		52 - Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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.