

Este impresso é parte integrante do ANEXO "F" (Identificação, declaração do candidato e laudo médico, odontológico e psicológico para seleção de pessoal) da Resolução Conjunta PMMG/CBMMG Nº 4278/2013 e suas alterações.

ATENÇÃO! NÃO RASURAR. NÃO AMASSAR. INDISPENSÁVEL PARA REALIZAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO.



CFSD ESP BM 2023 (EDITAL Nº 28/2022)
EXAME DE ACUIDADE VISUAL E OFTALMOLÓGICO PARA
ADMISSÃO/INCLUSÃO NO CBMMG

OBRIGATÓRIO:

1. O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESTE IMPRESSO.
2. OBRIGATÓRIO ANEXAR O EXAME COMPLEMENTAR 'TOPOGRAFIA CORNEANA'.
3. A ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA EM TODAS AS PÁGINAS.

I – IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:	
Nº INSCRIÇÃO:	RG:
Nº CPF:	DATA NASC.: / /
TELEFONE: ()	TELEFONE: ()

II – IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA

NOME COMPLETO:		
Nº CRM:	DATA DO EXAME: / /	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:		
MUNICÍPIO:	UF:	TELEFONE FIXO: ()

III – EXAME OFTALMOLÓGICO – ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICOS

1. ACUIDADE VISUAL	
1.1. SEM CORREÇÃO:	REFRAÇÃO ESTÁTICA
OD _____ OE _____	OD:
1.1. COM CORREÇÃO:	OE:
OD _____ OE _____	

2. TONOMETRIA DE APLANAÇÃO (mmHg)	3. CERATOMETRIA
OD _____ OE _____	OD:
(____h ____min)	OE:

4. BIOMICROSCOPIA	5. FUNDOSCOPIA

Assinatura e Carimbo - Médico Oftalmologista

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:	RG:
-----------------------	------------

6. MOTILIDADE OCULAR	7. TESTE DE ISHIHARA
	OD: _____ acertos em 15 pranchas. OE: _____ acertos em 15 pranchas.

8. ESTEREO TESTE (TITMUS)	9. EM CASO DE CIRURGIA REFRACTIVA
_____ em 9 pranchas. (Considera-se normal o exame com o mínimo de 6 acertos em 9 pranchas)	Emitir relatório constando: 1. data da cirurgia. 2. técnica utilizada. 3. acuidade visual pós-operatória sem correção e com correção visual. Anexar os seguintes exames: 1. paquimetria ocular pós-operatória. 2. topografia corneana pós-operatória 3. relatório de estabilidade refraxional.

10. ASSINALAR A PRESENÇA DE DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS	
<input type="checkbox"/> 1. estrabismo; <input type="checkbox"/> 2. ptose palpebral, hiperemia conjuntival; tumoração ou anomalia ciliar que comprometa a função; <input type="checkbox"/> 3. cicatriz cirúrgica ou anel intra-estromal corneano, exceto a decorrente de Ceratectomia Fotorrefrativa (PRK) ou Ceratomileusis in situ por laser (LASIK) 4. cicatriz não cirúrgica, que comprometa a função; <input type="checkbox"/> 5. doença degenerativa, distrófica, infecciosa ou inflamatória;	<input type="checkbox"/> 6. vício de refração; <input type="checkbox"/> 7. deficiência da visão cromática; <input type="checkbox"/> 8. catarata; <input type="checkbox"/> 9. presença de lente intra-ocular; <input type="checkbox"/> 10. glaucoma ou hipertensão ocular (pressão intraocular \geq19 mmHg, sem medicação); <input type="checkbox"/> 11. doenças ou alterações oftalmológicas persistentes e/ou incuráveis que tragam prejuízo funcional ou que deixem sequelas.

IV – CONCLUSÃO

OBSERVAÇÕES:
CID:

Assinatura e Carimbo - Médico Oftalmologista