

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 N° 4278/2013 e suas alterações, principalmente a Resolução Conjunta PMMG/CBMMG N° 5089/2021. **ATENÇÃO! NÃO RASURAR. NÃO AMASSAR. INDISPENSÁVEL PARA REALIZAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO.**



JUNTA DE SELEÇÃO

CFO BM 2022 (EDITAL N° 10/2021) - EXAMES ADMISSIONAIS

EXAME DE ACUIDADE VISUAL E OFTALMOLÓGICO PARA ADMISSÃO/INCLUSÃO NO CBMMG (ANEXO "B" à Resolução Conjunta PMMG/CBMMG N° 4278/2013)

OBRIGATÓRIO:

1. O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESTE IMPRESSO.
2. 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 FIXO: ()	TELEFONE CELULAR: ()

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: OD _____ OE _____	REFRAÇÃO ESTÁTICA OD: OE:
1.1. COM CORREÇÃO: OD _____ OE _____	

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

4. BIOMICROSCOPIA	5. FUNDOSCOPIA

Assinatura e Carimbo - Médico Oftalmologista

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

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

10. ASSINALAR A PRESENÇA DE DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 1. estrabismo; ○ 2. ptose palpebral, hiperemia conjuntival; tumoração ou anomalia ciliar que comprometa a função; ○ 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; ○ 5. doença degenerativa, distrófica, infecciosa ou inflamatória; 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 6. vício de refração; ○ 7. deficiência da visão cromática; ○ 8. catarata; ○ 9. presença de lente intra-ocular; ○ 10. glaucoma ou hipertensão ocular (pressão intraocular ≥ 19 mmHg, sem medicação); ○ 11. doenças ou alterações oftalmológicas persistentes e/ou incuráveis que tragam prejuízo funcional ou que deixem sequelas.

IV – CONCLUSÃO

OBSERVAÇÕES:
CID 10:

**CARIMBO E ASSINATURA
MÉDICO OFTALMOLOGISTA**