



(Este impresso é parte integrante do ANEXO "F" (Identificação, declaração do candidato e laudo médico, odontológico e psicológico para seleção de pessoal), IV – Exames Médicos, 3.2 – Exame Oftalmológico (Alterações/Diagnósticos) da Resolução Conjunta PMMG/CBMMG Nº 4278/2013.) **ATENÇÃO! NÃO RASURAR. NÃO AMASSAR. INDISPENSÁVEL PARA REALIZAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO.**



JS CFSd BM 2020

**CONCURSO CFSd BM 2020 - EDITAL CBMMG Nº 13/2018
EXAME DE ACUIDADE VISUAL E OFTALMOLÓGICO
PARA ADMISSÃO/INCLUSÃO NO CBMMG
(ANEXO "B" à Resolução Conjunta PMMG/CBMMG Nº 4278/2013)**



EXAME OFTALMOLÓGICO (ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICOS)

I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

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

II – EXAME OFTALMOLÓGICO

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

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

4. BIOMICROSCOPIA	5. FUNDOSCOPIA

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. 4. paquimetria 6 meses após a cirurgia. 5. topografia 6 meses após a cirurgia. 6. relatório de estabilidade refraxional.

10. ASSINALAR A PRESENÇA DE DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS (ANEXO E, GRUPO XIV, DA RESOLUÇÃO CONJUNTA PMMG/CBMMG Nº 4278/2013)	
<input type="checkbox"/> 1. estrabismo ; <input type="checkbox"/> 2. ptose palpebral, hiperemia conjuntival; tumoração ou anomalia ciliar que comprometa a estética e/ou função; <input type="checkbox"/> 3. cicatriz cirúrgica ou anel intra-estromal corneano, exceto a decorrente de PRK (ceratectomia fotorrefrativa) e conforme critérios especificados nesta resolução; <input type="checkbox"/> 4. cicatriz não cirúrgica, que comprometa a estética e/ou função; <input type="checkbox"/> 5. doença degenerativa, distrófica, infecciosa ou inflamatória;	<input type="checkbox"/> 6. vício de refração respeitados os critérios previstos no Anexo "B", desta Resolução; <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 \geq 19 mmHg, sem medicação); <input type="checkbox"/> 11. Doenças ou alterações oftalmológicas persistentes e/ou incuráveis que tragam prejuízo funcional e/ou estético ou que deixem sequelas.

III – CONCLUSÃO

CID 10:	OBSERVAÇÕES:

IV – DADOS DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA

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

CARIMBO E ASSINATURA
MÉDICO OFTALMOLOGISTA