

Nome / Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

ANEXO "F" da Resolução Conjunta nº 4278, de 10 de outubro de 2013 e suas alterações.

COLAR  
FOTO  
3x4  
(RECENTE)



CFO BM 2023	
EDITAL Nº 26/2022	
Sexo	Classificação:

**IDENTIFICAÇÃO, DECLARAÇÃO DO CANDIDATO E LAUDO MÉDICO,  
ODONTOLÓGICO E PSICOLÓGICO PARA SELEÇÃO DE PESSOAL**

**1 – IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Função Atual: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2: \_\_\_\_\_

**2 – QUESTIONÁRIO**

As perguntas de nº 01 a 25 referem-se a você e a de nº 26 refere-se a seus familiares.

1. Teve ou tem alguma doença?

Sim  Não. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

1.1. Já esteve internado?

Sim  Não. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

1.2. Fez ou faz algum tipo de tratamento?

Sim  Não. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

1.3. Usou ou usa algum medicamento regularmente?

Sim  Não. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

2. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim  Não. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

3. Você já sentiu ou sente dor no peito, dificuldade para respirar ou mal estar ao realizar atividade física?

Sim  Não. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

4. Você toma algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

5. Você já apresentou ou apresenta tontura, desequilíbrio ou perda de consciência?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

6. Você possui problema ósseo ou articular que é agravado pela atividade física?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

7. Você já sofreu alguma fratura óssea, ruptura de ligamentos/tendões ou outros traumas ortopédicos?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

8. Já foi submetido a alguma cirurgia?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

9. Sofreu ou sofre algum problema de audição ou visão?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

10. Já foi submetido a cirurgia oftalmológica?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

11. Usou ou usa colírios rotineiramente?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

12. Já fez outro tipo de tratamento oftalmológico?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

13. Teve ou tem zumbidos, vertigens, otite (inflamação) ou dor de ouvido frequente?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

14. Trabalhou ou esteve exposto a ambiente (trabalho/lazer) com alto nível de ruído, tais como a prática de instrumentos musicais, uso de arma de fogo, etc.?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar o tipo de exposição e o período: \_\_\_\_\_

15. Sofreu ou sofre problema alérgico, asma, bronquite?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: (se foi na infância/adolescência, se ainda persiste, qual a frequência das crises, a última crise foi recente e se piora com exercício físico.)

16. Sofreu ou sofre problemas neurológicos, psiquiátricos, convulsões, desmaios ou traumatismo craniano?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

**Nome / Assinatura do Candidato:** \_\_\_\_\_

17. Teve ou tem algum vício?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

18. Você é portador de varizes de membros inferiores?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

19. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deva realizar atividade física?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

20. Sendo mulher, data da última menstruação. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

21. Já foi candidato a inclusão na PMMG/CBMMG em ocasião anterior?

21.1.  **Sim**  **Não**. Se positivo, quando e onde: \_\_\_\_\_

21.2. Foi eliminado em qual exame? Citar o motivo. \_\_\_\_\_

22. Já trabalhou anteriormente na PMMG/CBMMG?

**Sim**  **Não**. Se positivo, quando e onde e por que saiu? \_\_\_\_\_

23. Já trabalhou ou está trabalhando atualmente?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especifique o local de trabalho, tempo de serviço, função exercida, se teve acidente ou doença relacionada ao trabalho. \_\_\_\_\_

24. Já ficou afastado do trabalho por motivo de doença?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especifique: qual doença, período de afastamento e se foi encaminhado para perícia médica do INSS. \_\_\_\_\_

25. Nos últimos 02 (dois) anos teve algum atestado médico?

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

26. Existe alguma doença que seja comum a vários membros da família? (p. ex. pressão alta, diabetes, asma, epilepsia, etc.)

**Sim**  **Não**. Se positivo, especificar: \_\_\_\_\_

**\* Declaro estar me preparando para as provas físicas deste concurso e ainda, que as informações por mim prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pelas conseqüências legais deste ato e por declarações falsas ou omissões de dados que dizem respeito às perguntas acima ou outras informações importantes para conhecimento do médico avaliador.**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023.

**LOCAL E DATA**

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO CANDIDATO**

Nome / Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

**3 - EXAME ODONTOLÓGICO** (Alterações/diagnóstico)

**3.1. Exames complementares (resultados)**

**3.1.1. Radiografia panorâmica de boca semiaberta das arcadas**

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.1.2. Outros:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

<input type="checkbox"/> APTO	CID	DATA	
<input type="checkbox"/> INAPTO		___/___/2023	Assinatura e carimbo – Cirurgião Dentista

**JUSTIFICATIVA PARA INAPTIDÃO NO EXAME ODONTOLÓGICO** (Preenchimento obrigatório caso o candidato seja considerado inapto ou contraindicado, nos termos do § 7º do art. 28 desta Resolução Conjunta):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Belo Horizonte, \_\_\_/\_\_\_/2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo – Cirurgião Dentista

Nome / Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

**4 - EXAMES MÉDICOS**

4.1. Informações complementares ao questionário de admissão do candidato (HMA, história progressiva e doenças familiares). \_\_\_\_\_

**4.2. Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg - Altura: \_\_\_\_\_ m - IMC: \_\_\_\_\_ - FC: \_\_\_\_\_ bpm - PA: \_\_\_\_\_ mmHg  
PA 2ª Aferição (se houver) \_\_\_\_\_ mmHg PA 3ª Aferição (se houver): \_\_\_\_\_ mmHg

**4.3. Especificar abaixo as alterações:**

Pele e mucosas: ( ) normal ( ) alterado \_\_\_\_\_

Aparelho Respiratório: ( ) normal ( ) alterado \_\_\_\_\_

Aparelho Cardiovascular: ( ) normal ( ) alterado \_\_\_\_\_

Aparelho Digestivo: ( ) normal ( ) alterado \_\_\_\_\_

Sistema Ósteo-muscular: ( ) normal ( ) alterado \_\_\_\_\_

Sistema Nervoso: ( ) normal ( ) alterado \_\_\_\_\_

4.4. Outras alterações/diagnósticos: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> APTO	CID	DATA	Assinatura e carimbo – Médico
<input type="checkbox"/> INAPTO		___/___/2023	

**JUSTIFICATIVA PARA INAPTIDÃO NO EXAME MÉDICO PRELIMINAR (CLÍNICO)** (Preenchimento obrigatório caso o candidato seja considerado inapto ou contraindicado, nos termos do § 7º do art. 28 desta Resolução Conjunta): \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_/\_\_\_/2023.

Assinatura e carimbo – Médico

Nome / Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

#### 4.5. Parecer de especialistas

4.5.1. Exame Otorrinolaringológico: Audiometria Tonal/Vocal, Impedanciometria e Tomografia Computadorizada dos Seios da Face: **(VIDE ANEXO)**

4.5.2. Exame Oftalmológico/Topografia Corneana: **(VIDE ANEXO)**

4.5.3. Outros exames médicos especializados (especificar alterações/diagnósticos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> APTO	CID	DATA	Assinatura e carimbo – Médico
<input type="checkbox"/> INAPTO		___/___/2023	

#### 4.6. Exames Complementares (Resultados)

##### 4.6.1. Sangue:

4.6.1.1. Sorologia para Doença de Chagas (detecção de IgG por dois métodos distintos)

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6.1.2. Hemograma completo

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6.1.3. Glicemia jejum

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6.1.4. Anti-HIV (Revogado pela Resolução Conjunta Nº 5.260/2023)

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

4.6.1.5. Creatinina

normal     alterado, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6.1.6. HBsAg

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6.1.7. Anti-HBcIgG

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6.1.8. PCR – DNA Hepatite B

normal     alterado, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nome / Assinatura do Candidato:** \_\_\_\_\_

**4.6.1.9. Anti-HCV**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.1.10. PCR – RNA Hepatite C**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.1.11. Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP)**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.1.12. Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO)**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.1.13. Fosfatase Alcalina (FA)**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.1.14. Gama Glutamil-Transferase (Gama GT)**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.1.15. TSH**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.1.16. Coagulograma**

**a) Atividade Protombina (AP)**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**b) RNI**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**c) PTTa**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**Nome / Assinatura do Candidato:** \_\_\_\_\_

**4.6.2. Urina:**

**4.6.2.1. Rotina**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.2.2. Teste para detecção de metabólitos para THC (maconha)**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.2.3. Teste para detecção de metabólitos para cocaína**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.3. Parasitológico de Fezes:**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.4. Imagens:**

**4.6.4.1. Teste Ergométrico, com laudo**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.4.2. Eletroencefalograma (EEG), com laudo**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.4.3. RX do Tórax em incidência Pósterio-anterior e Perfil, com laudo**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.4.4. RX de Coluna Lombo-sacra em incidência Antero-posterior e Perfil, com laudo**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_

**4.6.4.5. Espirometria (Prova Ventilatória) com broncodilatador, com laudo**

**normal**     **alterado**, especificar: \_\_\_\_\_





Nome / Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

**5 – CONDIÇÃO PARA TESTE DE CAPACITAÇÃO FÍSICA**

Alterações/diagnósticos (se for o caso) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> APTO	CID	DATA	Assinatura e carimbo – Médico
<input type="checkbox"/> INAPTO		___/___/2023	

**6 - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: (VIDE ANEXO)**

Alterações/traços psicopatológicos: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> INDICADO	DATA	Assinatura e carimbo – Psicólogo / Chefe da Comissão
<input type="checkbox"/> CONTRAINDICADO	___/___/2023	

**7 – JUSTIFICATIVA PARA INAPTIDÃO/CONTRA INDICAÇÃO:** (Preenchimento obrigatório caso o candidato seja considerado inapto ou contra indicado, nos termos do § 7º do art. 28 desta Resolução Conjunta): **(VIDE PÁG. 04, 05 e 09)**

**8 - PARECER FINAL:**

- ( ) APTO / INDICADO PARA INCLUSÃO.  
( ) INAPTO / CONTRA-INDICADO PARA INCLUSÃO.

JUSTIFICATIVA / MOTIVO / CID: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_ / \_\_\_ / 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo  
Presidente da Junta de Seleção

Em \_\_\_ / \_\_\_ / 2023, homologo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo  
Comandante da ABM