



**CFO BM 2023 (EDITAL Nº 26/2022)**

**EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO COMPLETO, AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL, IMPEDANCIOMETRIA E OTOSCOPIA PARA ADMISSÃO/INCLUSÃO NO CBMMG**

**\* OBRIGATÓRIO:**

1. O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESTE IMPRESSO.
2. A ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA EM TODAS AS PÁGINAS.
3. ANEXAR OS SEGUINTE EXAMES COMPLEMENTARES: A) AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL. B) IMPEDANCIOMETRIA. C) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE, COM LAUDO.

**I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

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

**II – IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA**

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

**III – EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO – ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICO**

AVALIAÇÕES	SITUAÇÃO		ESPECIFICAR ALTERAÇÕES (SE EXISTIREM)
	AUSENTE	PRÉSENTE	
OTITES, MASTOIDITES, PERFURAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA, TRANSTORNOS DA FUNÇÃO VESTIBULAR, ALTERAÇÕES AUDITIVAS.	( )	( )	
SURDO-MUDEZ.	( )	( )	
DESVIO DE SEPTO NASAL COM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS.	( )	( )	

Assinatura e Carimbo - Médico Otorrinolaringologista

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

<b>NOME COMPLETO:</b>	<b>RG:</b>
-----------------------	------------

**III – EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO – ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICO**

AVALIAÇÕES	SITUAÇÃO		ESPECIFICAR ALTERAÇÕES (SE EXISTIREM)
	AUSENTE	PRESENTE	
RINOSSINUSITES.	( )	( )	
DESTRUIÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA PIRÂMIDE OSTEOCARTILAGINOSA NASAL OU DO SEPTO NASAL.	( )	( )	
ANOSMIA.	( )	( )	
DISTÚRPIO DA VOZ E/OU DA FALA COM REPERCUSSÃO.	( )	( )	
PARALISIA OU PARESIA DA LARINGE.	( )	( )	
DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS PERSISTENTES E/OU INCURÁVEIS OU QUE DEIXEM SEQUELAS.	( )	( )	

**IV – EXAMES A SEREM ANEXADOS:****1. EXAME DE ACUIDADE AUDITIVA**

**1.1. AUDIOMETRIA TONAL** (A audiometria será realizada pela via aérea nas frequências de 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000 Hz., e pela via óssea, nas frequências de 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz, se o limiar aéreo for maior que 25db). **Alterações/Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo - Médico Otorrinolaringologista

## IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:

RG:

**1.2. AUDIOMETRIA VOCAL** (a determinação dos índices de reconhecimento da fala (IRF) será realizada a partir da apresentação por via aérea de palavras balanceadas a partir da média aritmética das frequências de 500, 1000 e 2000 Hz obtidos através da Audiometria tonal. Estas palavras deverão ser reconhecidas e repetidas com acerto percentual normal entre 88 e 100%) - **Alterações/Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**1.3. IMPEDANCIOMETRIA - Alterações/Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**2. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE, COM LAUDO:**

**Alterações/Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**V – CONCLUSÕES / DIAGNÓSTICOS / CID:**