

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

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

<b>FOTO</b> 3 x 4
----------------------



<b>CFSd BM 2023</b>	
Sexo:	Class.:

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

**I – IDENTIFICAÇÃO**

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

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

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

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

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

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

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone fixo: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**II – 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: \_\_\_\_\_

**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?**

**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: \_\_\_\_\_

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

**1. Exames complementares (resultados)**

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

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

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

**1.2. Outros:** \_\_\_\_\_

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

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

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

**IV - EXAMES MÉDICOS**

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

**2. Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg - Altura: \_\_\_\_\_ m - IMC: \_\_\_\_\_ - FC: \_\_\_\_\_ bpm - PA: \_\_\_\_\_ mmHg

PA 2ª Aferição (se houver) \_\_\_\_\_ mmHg PA 3ª Aferição (se houver): \_\_\_\_\_ mmHg

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

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

**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(a)

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

## 5. Parecer de especialistas

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

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

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

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

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

## 6. Exames Complementares (Resultados)

### 6.1. Sangue:

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

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

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

6.1.2. Hemograma completo

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

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

6.1.3. Glicemia jejum

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

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

~~6.1.4. Anti-HIV (Revogado pela Resolução Conjunta Nº 5.260/2023)~~

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

~~\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_~~

6.1.5. Creatinina

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

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

6.1.6. HBsAg

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

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

6.1.7. Anti-HBcIgG

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

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

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

**6.1.8. PCR – DNA Hepatite B**

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

**6.1.9. Anti-HCV**

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

**6.1.10. PCR – RNA Hepatite C**

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

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

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

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

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

**6.1.13. Fosfatase Alcalina (FA)**

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

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

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

**6.1.15. TSH**

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

**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:** \_\_\_\_\_

**6.2. Urina:**

**6.2.1. Rotina**

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

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

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

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

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

**6.3. Parasitológico de Fezes:**

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

**6.4. Imagens:**

**6.4.1. Teste Ergométrico, com laudo**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**6.5. Outros Exames**

**6.5.1. Exame toxicológico de larga janela de detecção (180 dias) a partir de amostras de queratina**

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

\_\_\_\_\_

**6.5.2. Outros (com ônus total para o candidato)**

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

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

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

**JUSTIFICATIVA PARA INAPTIDÃO NOS EXAMES MÉDICOS COMPLEMENTARES (Preenchimento obrigatório caso o candidato seja considerado inapto ou contraindicado, nos termos do § 7º do art. 28 desta Resolução Conjunta):** \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**VI - EXAME PSICOLÓGICO: (VIDE ANEXO)**

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

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

**VII – 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)**

**VIII - 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