

Nome / Assinatura do Candidato: _____

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

COLAR
FOTO
3x4
(RECENTE)



CFSD ESP BM 2023 EDITAL Nº 28/2022	
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	Assinatura e carimbo – Cirurgião Dentista
<input type="checkbox"/> INAPTO		___ / ___ / 2023	

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.

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: _____

4.6.5. Outros Exames

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

normal **alterado**, especificar: _____

4.6.5.2. Outros (com ônus total para o candidato)

normal **alterado**, especificar: _____

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

Assinatura e carimbo – Médico

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