

ANEXO "F"

(a que se refere o parágrafo único do art.16 da Resolução Conjunta nº 5.329, de 06 de dezembro de 2023)

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

FOTO
3 x 4



JUNTA DE SELEÇÃO 2025

EPOSAU BM 2025
Especialidade:
Classificação:

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

CI: _____ Estado Civil: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Sexo: _____ Naturalidade: _____

Escolaridade: _____ Função Atual: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: Rua _____ N°: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

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 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, convulsões, desmaios ou traumatismo craniano?

() **Sim** () **Não**. Se positivo, especificar: _____

17. Sofreu ou sofre de problemas psiquiátricos?

() **Sim** () **Não**. Se positivo, especificar: _____

17.1. Realiza ou já realizou tratamento que envolveu medicação psiquiátrica, como ansiolíticos, antidepressivos, calmantes, remédios para dormir, antipsicóticos, estabilizadores de humor?

() **Sim** () **Não**. Se positivo, especificar inclusive medicamentos utilizados atualmente ou no passado, em qual período e qual tempo de uso. _____

17.2. Alguma vez já esteve internado em função de algum quadro psiquiátrico?

() **Sim** () **Não**. Se positivo, especificar: _____

17.3. Já apresentou algum problema relacionado ao consumo de bebida alcoólica?

() **Sim** () **Não**. Se positivo, especificar: _____

17.4. Faz ou fez uso de algum tipo de droga ilícita?

() **Sim** () **Não**. Se positivo, especificar: _____

17.5. Sobre tentativas de autoextermínio:

Já aconteceu com você, em qualquer fase da vida (criança, adolescente ou adulto)? _____

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?

() **Sim** () **Não**. Se positivo, quando e onde: _____

21.1. 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 consequências 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, ____ / ____ / _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO CANDIDATO

3 - EXAME ODONTOLÓGICO

Alterações/diagnósticos: _____

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(ã) Dentista
<input type="checkbox"/> INAPTO		___/___/2025	

4 - EXAMES MÉDICOS

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

4.2 Estado vacinal:

VACINA	
Hepatite B	() SIM: () 3 doses () NÃO () 2 doses () 1 dose
Tétano (3 doses, com última dose ou reforço há menos de 10 anos)	() SIM () NÃO
Tríplice viral	() SIM () NÃO
Febre amarela	() SIM () NÃO

4.3 Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____ FC: _____ bpm

PA: _____ mmHg

Se $\geq 140 \times 90$ mmHg: 2ª Aferição: _____ mmHg - 3ª Aferição: _____ mmHg

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	
<input type="checkbox"/> INAPTO		___/___/2025	Assinatura e carimbo – Médico(a)

4.5. Parecer de especialistas

4.5.1. Exame Otorrinolaringológico: Audiometria Tonal/Vocal, Impedanciometria: **(VIDE ANEXO)**

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

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

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 Creatinina

normal alterado, especificar _____

4.6.1.5 HBsAg

normal alterado, especificar: _____

4.6.1.6 Anti-HBc IgG

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.7 PCR – DNA Hepatite B

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.8 Anti-HCV

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.9 PCR – RNA Hepatite C

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.10 Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP)

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.11 Transaminase Glutâmico-Oxalacética (TGO)

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.12 Fosfatase Alcalina (FA)

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.13 Gama Glutamil-Transferase (Gama GT)

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.14 TSH

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

4.6.1.15. Coagulograma

a) Atividade Protrombina (AP)

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

b) RNI

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

c) PTTa

() **normal** () **alterado**, especificar: _____

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: _____

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: _____

() APTO	CID:	DATA	Assinatura e carimbo – Médico(a)
() INAPTO		____ / ____ /2025	

Nome: _____

RG: _____

Ass.: _____

5 – CONDIÇÃO PARA TESTE DE CAPACITAÇÃO FÍSICA: (vide Avaliação Clínica para o Teste de Capacitação Física - Anexo IV do Edital)

6 - EXAME PSICOLÓGICO: (VIDE ANEXO)

7 – JUSTIFICATIVA PARA INAPTIDÃO: (Preenchimento obrigatório caso o candidato seja considerado inapto, nos termos do § 7º do art. 28 Resolução Conjunta no 5.329, de 05 de dezembro de 2023).: **VIDE RELATÓRIO DE INAPTIDÃO ANEXO**

8 - PARECER FINAL:

() APTO PARA INCLUSÃO.

() INAPTO PARA INCLUSÃO.

() ELIMINADO

JUSTIFICATIVA / MOTIVO / CID: _____

Belo Horizonte, ___ / ___ / 2025.

Assinatura e Carimbo
Presidente da Junta de Seleção