

ATENÇÃO! NÃO RASURAR. NÃO AMASSAR. INDISPENSÁVEL PARA REALIZAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO.



JUNTA DE SELEÇÃO

EPOSAU BM 2025

EXAME DE ACUIDADE VISUAL E OFTALMOLÓGICO PARA ADMISSÃO/INCLUSÃO NO CBMMG (Anexo "A" e "B" da Resolução Conjunta PMMG/CBMMG nº 5.329/2023)

OBRIGATÓRIO:

1. O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESTE IMPRESSO PELO OFTALMOLOGISTA
2. ANEXAR O EXAME COMPLEMENTAR 'TOPOGRAFIA CORNEANA'.
3. A ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA SOBRE A FOTO DO CANDIDATO E EM TODAS AS PÁGINAS.

I – IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

FOTO 3X4 RECENTE	NOME COMPLETO:	
	Nº INSCRIÇÃO:	RG:
	Nº CPF:	DATA NASC.: / /
	TELEFONE: ()	TELEFONE: ()

II – IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA

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

III – EXAME OFTALMOLÓGICO – ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICOS

1. ACUIDADE VISUAL	
1.1. SEM CORREÇÃO:	REFRAÇÃO ESTÁTICA
OD _____ OE _____	
1.1. COM CORREÇÃO:	OD:
OD _____ OE _____	OE:

2. TONOMETRIA DE APLANAÇÃO (mmHg)	3. CERATOMETRIA
OD _____ OE _____	OD:
(___h___min)	OE:

4. BIOMICROSCOPIA	5. FUNDOSCOPIA

Assinatura e Carimbo - Médico Oftalmologista

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:	RG:
-----------------------	------------

6. MOTILIDADE OCULAR	7. TESTE DE ISHIHARA
	OD: _____ acertos em 15 pranchas. OE: _____ acertos em 15 pranchas.

8. ESTEREO TESTE (TITMUS)	9. EM CASO DE CIRURGIA REFRATIVA
_____ em 9 pranchas. (Considera-se normal o exame com o mínimo de 6 acertos em 9 pranchas)	Emitir relatório constando: 1. data da cirurgia. 2. técnica utilizada. 3. acuidade visual pós-operatória sem correção e com correção visual. Anexar os seguintes exames: 1. paquimetria ocular pós-operatória. 2. topografia corneana pós-operatória 3. relatório de estabilidade refracional há pelo menos 2 meses.

10. ASSINALAR A PRESENÇA DE DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS	
<input type="checkbox"/> 1. estrabismo; <input type="checkbox"/> 2. ptose palpebral, hiperemia conjuntival; tumoração ou anomalia ciliar que comprometa a função; <input type="checkbox"/> 3. cicatriz cirúrgica ou anel intra-estromal corneano, exceto a decorrente de Ceratectomia Fotorrefrativa (PRK) ou Ceratomileusis in situ por laser (LASIK) <input type="checkbox"/> 4. cicatriz não cirúrgica, que comprometa a estética e/ou função; <input type="checkbox"/> 5. doença degenerativa, distrófica, infecciosa ou inflamatória;	<input type="checkbox"/> 6. vício de refração; <input type="checkbox"/> 7. deficiência da visão cromática; <input type="checkbox"/> 8. catarata; <input type="checkbox"/> 9. presença de lente intra-ocular; <input type="checkbox"/> 10. glaucoma ou hipertensão ocular (pressão intraocular \geq19 mmHg, sem medicação); <input type="checkbox"/> 11. uso de recursos de ortoceratologia <input type="checkbox"/> 12. ceratocone <input type="checkbox"/> 13. doenças ou alterações oftalmológicas persistentes e/ou incuráveis que tragam prejuízo funcional e/ou estético ou que deixem sequelas.

IV – CONCLUSÃO

OBSERVAÇÕES:
CID:

Assinatura e Carimbo - Médico Oftalmologista