

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



JUNTA DE SELEÇÃO

**CFSD QPE 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**

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

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

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

<b>10. ASSINALAR A PRESENÇA DE DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS</b>	
<input type="checkbox"/> <b>1. estrabismo;</b> <input type="checkbox"/> <b>2. ptose palpebral, hiperemia conjuntival; tumoração ou anomalia ciliar que comprometa a função;</b> <input type="checkbox"/> <b>3. cicatriz cirúrgica ou anel intra-estromal corneano, exceto a decorrente de Ceratectomia Fotorrefrativa (PRK) ou Ceratomileusis in situ por laser (LASIK)</b> <input type="checkbox"/> <b>4. cicatriz não cirúrgica, que comprometa a estética e/ou função;</b> <input type="checkbox"/> <b>5. doença degenerativa, distrófica, infecciosa ou inflamatória;</b>	<input type="checkbox"/> <b>6. vício de refração;</b> <input type="checkbox"/> <b>7. deficiência da visão cromática;</b> <input type="checkbox"/> <b>8. catarata;</b> <input type="checkbox"/> <b>9. presença de lente intra-ocular;</b> <input type="checkbox"/> <b>10. glaucoma ou hipertensão ocular (pressão intraocular <math>\geq 19</math> mmHg, sem medicação);</b> <input type="checkbox"/> <b>11. uso de recursos de ortoceratologia</b> <input type="checkbox"/> <b>12. ceratocone</b> <input type="checkbox"/> <b>13. doenças ou alterações oftalmológicas persistentes e/ou incuráveis que tragam prejuízo funcional e/ou estético ou que deixem sequelas.</b>

**IV – CONCLUSÃO**

<b>OBSERVAÇÕES:</b>
<b>CID:</b>

Assinatura e Carimbo - Médico Oftalmologista