



JUNTA DE SELEÇÃO

CFO BM 2025

EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO COMPLETO, AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL, IMPEDANCIOMETRIA E OTOSCOPIA PARA ADMISSÃO/INCLUSÃO NO CBMMG (Anexos "A" e "C" da Resolução Conjunta PMMG/CBMMG nº 5.329/2023)

*** OBRIGATÓRIO:**

1. O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESTE IMPRESSO PELO OTORRINOLARINGOLOGISTA.
3. A ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA SOBRE A FOTO DO CANDIDATO E EM TODAS AS PÁGINAS.
3. ANEXAR OS SEGUINTE EXAMES COMPLEMENTARES:
A) AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL. B) IMPEDANCIOMETRIA. C) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE, COM LAUDO.

I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

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

II – IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA

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

III – EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO – ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÕES	SITUAÇÃO		ESPECIFICAR ALTERAÇÕES (SE EXISTIREM)
	AUSENTE	PRESENTE	
OTITES, MASTOIDITES, PERFURAÇÃO DE MEMBRANA TIMPÂNICA, TRANSTORNOS DA FUNÇÃO VESTIBULAR, ALTERAÇÕES AUDITIVAS. (CONFORME ANEXO C – ITENS I E II DA RESOLUÇÃO CONJUNTA Nº 5.329/2023)	()	()	
SURDO-MUDEZ.	()	()	
DESVIO DE SEPTO NASAL COM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS.	()	()	

Assinatura e Carimbo - Médico Otorrinolaringologista

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

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

III – EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO – ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICO

AVALIAÇÕES	SITUAÇÃO		ESPECIFICAR ALTERAÇÕES (SE EXISTIREM)
	AUSENTE	PRESENTE	
RINOSSINUSITES.	()	()	
DESTRUIÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA PIRÂMIDE OSTEOCARTILAGINOSA NASAL OU DO SEPTO NASAL.	()	()	
ANOSMIA.	()	()	
DISTÚRPIO DA VOZ E/OU DA FALA COM REPERCUSSÃO.	()	()	
PARALISIA OU PARESIA DA LARINGE.	()	()	
DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS PERSISTENTES E/OU INCURÁVEIS OU QUE DEIXEM SEQUELAS.	()	()	

IV – EXAMES A SEREM ANEXADOS:**1. EXAME DE ACUIDADE AUDITIVA**

1.1. AUDIOMETRIA TONAL (A audiometria será realizada pela via aérea nas frequências de 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000 Hz., e pela via óssea, nas frequências de 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz, se o limiar aéreo for maior que 25db). **Alterações/Diagnóstico:** _____

Assinatura e Carimbo - Médico Otorrinolaringologista

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

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

1.2. AUDIOMETRIA VOCAL (a determinação dos índices de reconhecimento da fala (IRF) será realizada a partir da apresentação por via aérea de palavras balanceadas a partir da média aritmética das frequências de 500, 1000 e 2000 Hz obtidos através da Audiometria tonal. Estas palavras deverão ser reconhecidas e repetidas com acerto percentual normal entre 88 e 100%) **Alterações/Diagnóstico:** _____

1.3. IMPEDANCIOMETRIA - Alterações/Diagnóstico: _____

2. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE, COM LAUDO:

Alterações/Diagnóstico: _____

V – CONCLUSÕES / DIAGNÓSTICOS / CID:
