

(Este impresso é parte integrante do ANEXO "F" (Identificação, declaração do candidato e laudo médico, odontológico e psicológico para seleção de pessoal), IV – Exames Médicos, 3.2 – Exame Oftalmológico (Alterações/Diagnósticos) da Resolução Conjunta PMMG/CBMMG Nº 4278/2013.) **ATENÇÃO! NÃO RASURAR. NÃO AMASSAR. INDISPENSÁVEL PARA REALIZAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO.**



JS 2021

CONCURSO CFO 2021 – EDITAL Nº 01/2020
EXAME DE ACUIDADE VISUAL E OFTALMOLÓGICO
PARA ADMISSÃO/INCLUSÃO NO CBMMG
(ANEXO "B" à Resolução Conjunta PMMG/CBMMG Nº 4278/2013)



EXAME OFTALMOLÓGICO - ALTERAÇÕES/DIAGNÓSTICOS

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS!)

I - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:	
Nº INSCRIÇÃO:	RG:
Nº CPF:	DATA NASC.: / /
TELEFONE FIXO: ()	TELEFONE CELULAR: ()

II – DADOS DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA*

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

***Observar o item 9.8.7 do Edital de Concurso (CREDENCIAMENTO IPSM)**

III – EXAME OFTALMOLÓGICO

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

2. TONOMETRIA DE APLANAÇÃO (mmHg)	3. CERATOMETRIA
OD _____ OE _____	OD:
(____ h ____ min)	OE:

4. BIOMICROSCOPIA	5. FUNDOSCOPIA

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

8. ESTEREO TESTE (TITMUS)	9. EM CASO DE CIRURGIA REFRACTIVA
<p>_____ em 9 pranchas.</p> <p>(Considera-se normal o exame com o mínimo de 6 acertos em 9 pranchas)</p>	<p>Emitir relatório constando: 1. data da cirurgia. 2. técnica utilizada. 3. acuidade visual pós-operatória sem correção e com correção visual. 4. paquimetria 6 meses após a cirurgia. 5. topografia 6 meses após a cirurgia. 6. relatório de estabilidade refraxional.</p>

10. ASSINALAR A PRESENÇA DE DOENÇAS OU ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS (ANEXO E, GRUPO XIV, DA RESOLUÇÃO CONJUNTA PMMG/CBMMG Nº 4278/2013)	
<input type="checkbox"/> 1. estrabismo ; <input type="checkbox"/> 2. ptose palpebral, hiperemia conjuntival; tumoração ou anomalia ciliar que comprometa a estética e/ou função; <input type="checkbox"/> 3. cicatriz cirúrgica ou anel intra-estromal corneano, exceto a decorrente de PRK (ceratectomia fotorrefrativa) e conforme critérios especificados nesta resolução; <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 ≥ 19 mmHg, sem medicação); <input type="checkbox"/> 11. Doenças ou alterações oftalmológicas persistentes e/ou incuráveis que tragam prejuízo funcional e/ou estético ou que deixem sequelas.

V – CONCLUSÃO	
CID 10:	OBSERVAÇÕES:

**CARIMBO E ASSINATURA
MÉDICO OFTALMOLOGISTA**