

ATO COMPLEMENTAR DE RESULTADO DA 1ª FASE E CONVOCAÇÃO PARA SUBMISSÃO A 2ª FASE (EXAMES DE SAÚDE) DO CONCURSO PÚBLICO PARA ADMISSÃO AO CURSO DE FORMAÇÃO DE SOLDADOS DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS, PARA O ANO DE 2016 (CFSd QPPM/2016), VAGAS PARA AS UNIDADES DO INTERIOR DO ESTADO.

A TENENTE CORONEL PM CHEFE DO CENTRO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO, no uso de suas atribuições regulamentares contidas no R-103, aprovado pela Resolução nº 4.452, de 14 de janeiro de 2016, e considerando o disposto no edital DRH/CRS nº 10, de 10 de julho de 2015, publicado no “Minas Gerais” nº 126, de 10/07/2015, que regula o concurso público para admissão ao Curso de Formação de Soldados da Polícia Militar de Minas Gerais para o ano de 2016 (CFSd QPPM/2016), e:

1 CONSIDERANDO QUE:

1.1 o ato de divulgação do resultado da 1ª fase e convocação para submissão a 2ª fase (Exame de Saúde) foi publicado em 04 de março de 2016;

1.2 o candidato obteve 145,00 (cento e quarenta e cinco) pontos na prova objetiva, impetrou recurso contra a prova dissertativa (redação), após análise, alcançou a pontuação de 70,00 (setenta) pontos;

1.3 após a publicação do referido ato, por erro de origem, o candidato deixou de ser convocado para a 2ª fase (Exame de Saúde).

2 RESOLVE:

2.1 Publicar o resultado complementar da 1ª fase e convoca para a 2ª fase (Exame de Saúde) o seguinte candidato da 11ª RPM, a saber:

CANDIDATO CONVOCADO PARA A 2ª FASE – VAGAS PARA O 10º BPM, 30ºBPM, 50ºBPM, 51ºBPM, 2ª CIA PM IND, 11ª CIA MESP, 11ªCIA PM IND MAT:

11ª RPM
Colégio Tiradentes - Avenida dos militares, nº 1991, Bairro Nossa Senhora de Fátima, Montes Claros/MG
CHAMADA: DIA 08/03/2016 – 11:00H

INSCRIÇÃO	NOME	RESULTADO 1ª FASE	
		NOTA PROVA I	NOTA PROVA II
2040751300	JARDSON RODRIGUES DE OLIVEIRA	145,00	70,00

4 ORIENTAÇÕES AO CANDIDATO:

4.1 O candidato deverá comparecer no local e horários descritos na tabela constante deste ato, no **dia 08 de março de 2016**.

4.2 Os exames de saúde serão realizados conforme os termos da Resolução Conjunta nº 4.278, de 10 de outubro de 2013 e suas alterações. Essa Resolução contém a relação das doenças e alterações incapacitantes para ingresso na PMMG, encontrando-se disponível no site do CRS www.pmmg.mg.gov.br/crs, sendo de inteira responsabilidade do candidato seu conhecimento.

4.3 Será eliminado do processo seletivo, dentre outras situações previstas no edital regulador do certame, o candidato que faltar ou chegar atrasado para realização de qualquer prova, teste ou exame, bem como para qualquer chamada previamente prevista.

4.4 Os exames de saúde serão desenvolvidos conforme a seguir:

I – EXAMES PRELIMINARES DE SAÚDE: serão realizados no período de **08/03/2016 a 22/03/2016**, serão custeados pela PMMG, realizados na área de abrangência da RPM onde o candidato concorre à vaga, e compor-se-ão de:

- a) clínico e antropométrico;
- b) exame otorrinolaringológico com audiometria tonal e vocal;
- c) acuidade visual e, quando indicado, exame oftalmológico;
- d) odontológico.

e) Em caso de eventuais alterações nos exames citados, o médico responsável pela avaliação poderá solicitar outros exames, de forma a possibilitar diagnóstico conclusivo, sendo estes novos exames às custas do candidato.

II – O candidato convocado deverá apresentar-se em condições de realização dos exames, com plena disponibilidade para cumprimento do calendário de atividades para a 2ª fase (Exames de Saúde), sob pena de eliminação do certame.

III – Para a realização do exame odontológico, os candidatos que estejam em uso de aparelho ortodôntico deverão apresentar laudo emitido pelo ortodontista assistente, devidamente inscrito na especialidade de Ortodontia, no Conselho Regional de Odontologia, contendo o diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico do caso.

IV – Para a realização do exame oftalmológico, caso tenha realizado cirurgia refrativa oftalmológica, o(a) candidato(a) deverá trazer relatório recente (últimos 30 dias) no qual conste que:

- a) a técnica cirúrgica utilizada foi a Ceratectomia Fotorrefrativa (PRK) ou a Ceratomileusis in situ por laser (LASIK); (Alterado pela Resolução Conjunta nº 4.298, de 17 de março de 2014);
- b) a cirurgia refrativa foi realizada há, pelo menos, 6 meses;
- c) apresenta resultado pós-operatório considerado como sucesso (e respeitando exigência dos itens de acuidade visual sem e com correção visual desta Resolução, sem uso de lente de contato) e com refração estável há 6 meses;
- d) resultado de paquimetria realizada pelo menos 6 (seis) meses após a cirurgia refrativa (constando valor acima de 410 micras pós-operatória);

- e) resultado de topografia computadorizada de cornea pós-operatória (sem ectasia corneana induzida pela cirurgia refrativa) e estável há 6 meses;
- f) ausência de aberração corneana de alta ordem (RMS) e/ou alteração de qualquer um dos índices ao exame de “Wavefront” (Aberrometria), como: “Wavefront error” (WE), “Point spread function” (PSF), “Strehl ratio” (SR) e/ou “Modulation Transfer Function” (MTF) no pós-operatório;
- g) ausência de ceratocone ou tratamentos para esta finalidade.

V – Durante os Exames Preliminares de Saúde o candidato deverá portar sunga de natação (sexo masculino).

VI – EXAMES COMPLEMENTARES DE SAÚDE: serão custeados pelo candidato, realizados no período de **08/03/2016 a 22/03/2016**, somente em laboratórios, clínicas ou hospitais credenciados pelo Sistema de Saúde PMMG-CBMMG-IPSM e compor-se-ão de:

- a) radiografia do tórax, em incidência pósterio-anterior **com laudo médico**;
- b) sangue:
 - imunofluorescência para Trypanosoma Cruzi;
 - hemograma completo (contagem e índices hematimétricos da série vermelha, série branca e plaquetas);
 - dosagem de glicose;
 - anti-HIV;
 - HBS Ag;
 - anti-HCV (em caso de positividade, fazer PCR – Reação da Cadeia da polimerase do vírus da hepatite “C”);
 - transaminase glutâmico-pirúvico (TGP);
 - gama glutamil- transferase (Gama GT);
 - creatinina;
 - TSH;
- c) urina:
 - rotina;
 - teste para detecção de metabólitos de THC;
 - teste para detecção de metabólitos de cocaína;
- d) exame parasitológico de fezes;
- e) eletroencefalograma;
- f) eletrocardiograma com laudo.

VII – A lista de credenciados poderá ser consultada no sítio eletrônico do Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM): www.ipsm.mg.gov.br.

VIII – O candidato convocado para a realização dos **EXAMES COMPLEMENTARES DE SAÚDE**, após consultar a lista de credenciados, deverão comparecer no laboratório, clínica ou hospital escolhido e realizar os exames previstos no edital.

IX – A realização dos exames complementares de saúde em local não credenciado implicará na eliminação do candidato.

X – Não serão aceitos exames realizados em data anterior à data de convocação para a 2ª fase do concurso.

XI – Em caso de eventuais alterações nos exames citados, o médico responsável pela avaliação poderá solicitar outros exames, de forma a possibilitar diagnóstico conclusivo, sendo estes novos exames às custas do candidato.

XII – Para os exames complementares de saúde não será admitida a ausência ou substituição por outro, mesmo que similar, de qualquer dos exames listados, cabendo ao candidato exigir do hospital, clínica ou laboratório onde optar realizar os exames a entrega da bateria completa.

XIII – A ausência ou substituição por outro, mesmo que similar, de qualquer dos exames previstos neste edital, implicará na eliminação do candidato.

XIV – O candidato deverá entregar os Exames Complementares de Saúde acondicionados em envelope papel pardo com medida aproximada de 46,5 x 36,5, no endereço constante na tabela da respectiva RPM para a qual concorreu, o mais breve possível, considerando-se que pode haver necessidade de repetir algum dos exames já realizados. A data limite para entrega será o dia **23/03/2016**.

4.5 Os resultados dos exames de saúde serão publicados no dia **06/04/2016**.

O CANDIDATO DEVERÁ:

- * **IMPRIMIR EM FOLHA DE COR BRANCA TAMANHO A4, EM TINTA DE COR PRETA O ANEXO “A” – FICHA MÉDICA, CONSTANTE NESTE ATO;**
- * **ANEXAR/COLAR FOTO 3X4 EM CAMPO PRÓPRIO;**
- * **PREENCHER COM CANETA AZUL OU PRETA APENAS AS 04 PRIMEIRAS PÁGINAS, DEIXANDO AS DEMAIS EM BRANCO;**
- * **ENTREGAR A FICHA MÉDICA NO PRIMEIRO DIA DO EXAME AO POLICIAL MILITAR RESPONSÁVEL PELA CHAMADA.**

Belo Horizonte, 07 de março de 2016.

(a) Flávia Noronha Corrêa, Ten Cel PM
Chefe do Centro de Recrutamento e Seleção

ANEXO "A" – FICHA MÉDICA

POLÍCIA MILITAR

DE MINAS GERAIS
Nossa profissão, sua vida.

FOTO

Nº do Concurso

(UDI)

(Unidade)

JUNTA DE SELEÇÃO (JS)

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

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome _____
CI _____ Estado Civil _____
Data Nasc. ____/____/____ Sexo _____ Naturalidade _____
Função atual _____ Escolaridade _____
Filiação: Pai _____
Mãe _____
Endereço: Rua _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____
UF _____ CEP _____ Telefone: _____

II – 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 importante ou de tratamento prolongado?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

a) Já esteve internado?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

Identificação do candidato _____

b) Fez ou faz algum tipo de tratamento?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

c) 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 apresentou ou apresenta tontura, desequilíbrio ou perda de consciência?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

5. Você possui problema ósseo ou articular que é agravado pela atividade física?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

6. Você toma algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

7. Sofreu ou sofre algum problema de audição ou visão?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

8. Já foi submetido a alguma cirurgia?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

9. Já foi submetido a cirurgia oftalmológica?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

Identificação do candidato _____

10. Usou ou usa colírios rotineiramente?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

11. Já fez outro tipo de tratamento oftalmológico?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

12. 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.)*

13. Teve ou tem zumbidos, vertigens, otite (inflamação) ou dor de ouvido frequente?

•Sim • Não. Se positivo, especificar:

14. Você é portador de varizes de membros inferiores?

•Sim • Não. Se positivo, especificar:

15. Sendo mulher, data da última menstruação: ____/____/____.

16. 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.

17. Sofreu ou sofre problemas neurológicos, psiquiátricos, convulsões ou desmaios?

•Sim • Não. Se positivo, especificar:

18. Teve ou tem algum vício? (álcool, drogas ilícitas, tabaco, outros)

•Sim • Não. Se positivo, especificar:

19. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deva realizar atividade física?

•Sim •Não. Se positivo, especificar:

Identificação do candidato _____

20. Já foi candidato a inclusão na PMMG/CBMMG em ocasião anterior?

a) •Sim • Não. Se positivo, quando e onde:

1. Foi eliminado em qual exame? Citar motivo.

21. Já trabalhou anteriormente na PMMG?

•Sim • Não. Se positivo, quando, onde e por que saiu?

22. 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?

23. 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.*

24. Nos últimos dois anos teve algum atestado médico?

•Sim • Não. Se positivo, especificar:

25. 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.**

_____, ____/____/____.

LOCAL/DATA

Assinatura do candidato

Identificação do candidato _____

III – EXAME ODONTOLÓGICO

Alterações/diagnósticos:

Exames complementares (resultados)

a. Radiografia panorâmica com laudo:

normal

alterado, especificar:

b. Outros:

<input type="checkbox"/> Apto	CID	Data	Assinatura e Carimbo do Cirurgião Dentista
<input type="checkbox"/> Inapto			

IV – EXAMES MÉDICOS

1. Informações complementares ao questionário de admissão do candidato (HMA, história pregressa e doenças familiares.).

2. Exame Físico

Peso _____ Altura _____ IMC _____ FC _____ PA _____

Identificação do candidato _____

Especificar abaixo as alterações:

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 _____

Outras alterações/diagnósticos:

<input type="checkbox"/> Apto	CID	Data	Assinatura e carimbo do médico
<input type="checkbox"/> Inapto			

3. Parecer de especialistas

3.1 Audiometria Tonal/ Otoscopia (Alterações/diagnósticos).

<input type="checkbox"/> Apto	CID	Data	Assinatura e carimbo do médico
<input type="checkbox"/> Inapto			

3.2 Exame oftalmológico (Alterações/diagnósticos).

<input type="checkbox"/> Apto	CID	Data	Assinatura e carimbo do médico
<input type="checkbox"/> Inapto			

Identificação do candidato _____

3.3 Outros exames médicos especializados (especificar) (Alterações/diagnósticos).

<input type="checkbox"/> Apto	CID	Data	Assinatura e carimbo do médico
<input type="checkbox"/> Inapto			

4 - EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADOS)

a. Sangue:

1. Imunofluorescência para T. Cruzi

normal alterado, especificar _____

2. Hemograma completo

normal alterado, especificar _____

3. Glicose

normal alterado, especificar _____

4. Anti-HIV

normal alterado, especificar _____

5. HBsAg

normal alterado, especificar _____

6. Anti-HCV

normal alterado, especificar _____

7. Transaminase glutâmico-pirúvica (TGP)

normal alterado, especificar _____

8. Gama GT

normal alterado, especificar _____

9. Creatinina

normal alterado, especificar _____

10- TSH

normal alterado, especificar _____

b. Urina:

1. Rotina

normal alterado, especificar _____

2. Teste para detecção de metabólitos para THC (maconha)

normal alterado, especificar _____

Identificação do candidato _____

3. Teste para detecção de metabólitos para cocaína

normal alterado, especificar _____

c. Parasitológico de fezes:

normal alterado, especificar _____

d. ECG

normal alterado, especificar _____

e. EEG

normal alterado, especificar _____

f. RX do Tórax

normal alterado, especificar _____

g. Teste toxicológico em amostra de cabelo - última fase antes do início do curso

h. Outros (com ônus total pelo candidato)

<input type="checkbox"/> Apto	CID/alteração	Data	Assinatura e carimbo do médico
<input type="checkbox"/> Inapto			

V – CONDIÇÃO PARA TESTE DE CAPACITAÇÃO FÍSICA

Alterações/diagnósticos (se for o caso)

<input type="checkbox"/> Apto	CID/alteração	Data	Assinatura e carimbo do médico
<input type="checkbox"/> Inapto			

Identificação do candidato _____

VI - EXAME PSICOLÓGICO Alterações/traços psicopatológicos.

_____.

<input type="checkbox"/> Indicado	Data	Assinatura e carimbo do psicólogo/chefe da comissão
<input type="checkbox"/> Contra indicado		

VII – JUSTIFICATIVA PARA INAPTIDÃO/CONTRA INDICAÇÃO: (Preenchimento obrigatório caso o candidato seja considerado inapto ou contra indicado, nos termos do §7º do art. 28 desta Resolução Conjunta).

_____.

XVIII - PARECER FINAL

() APTO / INDICADO PARA INCLUSÃO

() INAPTO / CONTRA INDICADO PARA INCLUSÃO.

JUSTIFICATIVA/MOTIVO/CID: _____

_____.

_____, ____ de _____ de _____
Local

Assinatura e carimbo do oficial PRESIDENTE DA JS

Em ____/____/____ () Homologo.

Assinatura do COMANDANTE/CHEFE do CRS