



**Governo do Estado de Rondônia**  
**Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas**  
**Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO N. 345/GCPA/SEGEP, DE 31 DE AGOSTO DE 2015.**

A Superintendente Estadual de Gestão de Pessoas, Senhora **Helena da Costa Bezerra**, no uso de suas atribuições legais, de acordo com os termos do Ofício n. 177/SS ADM/COEI, de 11 de setembro de 2015, torna público a convoca candidato do Concurso Público do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Rondônia - **Soldado**, abaixo relacionado, para a realização de **Exame Médico**, conforme a seguinte programação:

**CARGO: M01 - SOLDADO BM - MASCULINO**

**VAGA: CBRO**

Inscrição	Candidato	Class.	Nota	Data Apresentação	Hora de Chegada
335.273-0	LUCIANO GUTIERREZ DE SOUZA	89º	101,00	Até o dia 24/9/2015	08h00 às 12h00

1. Local para a apresentação: **1ª Junta Militar de Saúde, situada a Rua Paulo Leal n. 10, c/ Rua Irmã Capelli, Bairro: Centro, Porto Velho – RO.**

2. Documentação a ser apresentada: **Documento de identificação do candidato, acrescido dos previstos no item 11, do Edital n. 061/GDRH/SEARH, de 20 de maio de 2014.**

3. O candidato poderá imprimir os formulários constantes do Anexo II deste Edital, para fins de preenchimento e entrega do mesmo, no dia marcado para sua apresentação, à 1ª Junta Médica de Saúde, de acordo com o previsto no item 11, do Edital n. 061/GDRH/SEARH, de 20 de maio de 2014, citado no Anexo III deste Edital.

Porto Velho – RO, 6 de outubro de 2015.

**Helena da Costa Bezerra**  
Superintendente SEGEP



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**ANEXO II – FORMULÁRIOS PARA AVALIAÇÃO MÉDICA – BOMBEIRO MILITAR**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA ANTROPOMÉTRICA E LABORATORIAL**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....

Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....

Identidade n. .... Órgão expedidor: .....

OBS: Anexar RX de Tórax (PA e Perfil) com laudo.

2 – Antecedentes patológicos pessoais:

Doenças Infecto Parasitárias ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Neoplasias ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças do sangue/transtornos imunitários ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Transtornos mentais e comportamentais Inclusive os relacionados ao álcool

( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças do Sistema Nervoso ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças do olho e anexos ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças do ouvido ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças Aparelho Cardiocirculatório ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças Aparelho Digestivo ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças do Sistema Osteomuscular ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Doenças do Sistema Genito urinário ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Afecções na gravidez, parto e puerpério ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Afecções no período perinatal ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Mal formações congênitas e deformantes ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Causas externas de morbidade ( ) Sim ( ) Não CID 10:.....

Cirurgias anteriores ( ) Sim ( ) Não descrever:.....

Doenças Aparelho Respiratório:

Pneumopatias: (Asma e Tuberculose, mesmo residuais) e Campos Pleuropulmonares anormais, inclusive os que apresentam existência daquelas doenças;

( ) Sim ( ) Não

descrever.....

.....

.....

.....

Distúrbio da função ventilatória pulmonar de qualquer natureza – Asma, Enfisema Pulmonar, Etc.;

( ) Sim ( ) Não

descrever.....

.....

.....

.....

Tuberculose ativa pulmonar e em qualquer outro órgão;

( ) Sim ( ) Não

descrever.....

.....

.....

.....

( ) Sim ( ) Não

descrever.....

.....



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AValiação Clínica Antropométrica e Laboratorial**

.....  
.....

Pneumoconiose;  
( ) Sim ( ) Não  
descrever.....

.....

Pleuris Pévio com encarceramento pulmonar;  
( ) Sim ( ) Não  
descrever.....

.....

.....

Pneumotórax;  
( ) Sim ( ) Não  
descrever.....

.....

.....

Rx de Tórax, Investigando-Se A Área Cardíaca;  
( ) Sim ( ) Não  
descrever.....

.....

.....

3 – Deficiências, limitações ou deformidades físicas:  
( ) Sim ( ) Não  
descrever.....

.....

.....

4 – Antecedentes patológicos familiares:

Pai ( ) Sim ( ) Não CID 10:..... ( ) não sabe

Mãe ( ) Sim ( ) Não CID 10:..... ( ) não sabe

Irmãos ( ) Sim ( ) Não CID 10:..... ( ) não sabe

Avós paternos ( ) Sim ( ) Não CID 10:..... ( ) não sabe

Avós maternos ( ) Sim ( ) Não CID 10:..... ( ) não sabe

Tios paternos ( ) Sim ( ) Não CID 10:..... ( ) não sabe

Tios maternos ( ) Sim ( ) Não CID 10:..... ( ) não sabe

5 – Gestante

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Semanas:..... Data provável do parto:.....

6 – Dados profissionais anteriores:

Realizava movimentos repetitivos com mãos e/ou braços ( ) Sim ( ) Não

Trabalhava com computadores ou teclados continuamente ( ) Sim ( ) Não

Apresenta dor, dormência ou desconforto muscular em atividade

(cintura escapular e / ou membros superiores e inferiores) ( ) Sim ( ) Não



**Governo do Estado de Rondônia**  
**Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas**  
**Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA ANTROPOMÉTRICA E LABORATORIAL**

Apresenta dor, dormência ou desconforto muscular em repouso (cintura escapular e / ou membros superiores e inferiores) ( ) Sim ( ) Não

7 – Exame físico

Altura:..... Peso:..... IMC(peso/altura<sup>2</sup>): ..... PA: ..... x ..... mmHg

Impressão geral: .....

.....

.....

Ausculta cardíaca: .....

Ausculta pulmonar: .....

Exame do abdômen: .....

Presença de varizes em membros inferiores: ( ) Sim ( ) Não

Mobilização ativa:

Pescoço ( ) Sim ( ) Não

Membros superiores:

mãos/punho ( ) Sim ( ) Não

cotovelos ( ) Sim ( ) Não

ombros ( ) Sim ( ) Não

Cintura escapular ( ) Sim ( ) Não

Membros inferiores:

articulação coxofemural ( ) Sim ( ) Não

joelhos ( ) Sim ( ) Não

tornozelos ( ) Sim ( ) Não

Mobilização passiva:

Pescoço ( ) Sim ( ) Não

Membros superiores:

mãos/punho ( ) Sim ( ) Não

cotovelos ( ) Sim ( ) Não

ombros ( ) Sim ( ) Não

Cintura escapular ( ) Sim ( ) Não

Membros inferiores:

articulação coxofemural ( ) Sim ( ) Não

joelhos ( ) Sim ( ) Não

tornozelos ( ) Sim ( ) Não

Exame De Sangue; (Descrever Resultados):

Glicemia Em Jejum: .....

.....

.....

.....

Hemograma Completo:

Tipo De Sangue:.....Fator Rh:.....

Uréia:.....

Creatina:.....

.....

.....

Ácido Úrico:.....

Colesterol total:

LDL:.....VLDL:.....

.....HDL:.....

.....

Triglicérides:.....



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA ANTROPOMÉTRICA E LABORATORIAL**

Trasaminases:

Tgo:.....

Tgp:.....

Vdrl:.....

Machado Guerreiro:.....

Hbsag (Antígeno Austrália):.....

Anti Hbe:.....

Anti Hbc:.....

Igg:.....

Igm:.....

Anti Hcv: .....

Sorologia Para Toxoplasmose:.....

Sorologia Para Doenças de Chagas:.....

Sorologia Para Sífilis:.....

Anti-Hiv I:.....

Anti-Hiv II:.....

Anti Htlv I:.....

Anti Htlv II:.....

Beta – Hcg (Feminino):.....

Pesquisa de BAAR:.....

Exame Toxicológico Para Anfetaminas:.....

Exame Toxicológico Para Opióides:.....

Exame Toxicológico Para Canabióides:.....

Exame Toxicológico Para Cocaína:.....

Exame De Urina (Eas):.....

Exame De Fezes (Epf):.....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Datar e assinar com carimbo do Médico e CRM



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....  
 Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....  
 Identidade n. .... Órgão expedidor: .....

OBS: Anexar RX de Coluna Vertebral (cervical, torácica, lombar e sacra) em ortostase com laudo.

2 - Perda de substância óssea com redução da capacidade motora

Sim       Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Limitação da amplitude fisiológica de quaisquer articulações

Sim       Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Instabilidade articulares tipo luxações recidivantes ou habituais, instabilidade ligamentares isoladas ou generalizadas de qualquer etiologia.

Sim       Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Desvio de eixo fisiológico do aparelho locomotor, como sequelas de fraturas, cifoses superiores a 45 graus, escoliose superior a 10 graus, espondilólise e espondilolistese, natureza congênita ou adquirida, deformidade da cintura escapular, do cotovelo, punho ou mão e dos dedos; hérnia de disco da coluna vertebral;

Sim       Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Desvios do tornozelo e articulações subtalar, desvios das articulações médio társicas e do antepé

Sim       Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Pré existência de cirurgia em plano articular

Sim       Não

descrever.....  
 .....  
 .....



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA**

Oblíquidade pélvica com ou sem discrepâncias de comprimento dos membros inferiores (maiores que 8 mm), Genu Varum ou Valgum (superiores a 5 graus)

Sim       Não

descrever.....  
.....  
.....

Alterações congênicas e sequelas de osteocondrites

Sim       Não

descrever.....  
.....  
.....

Doença infecciosa óssea e articular (osteomielite) ou seqüelas que levem a redução significativa de mobilidade articular e força muscular que sejam incompatíveis com a atividade bombeiro militar

Sim       Não

descrever.....  
.....  
.....

Alteração de eixo que comprometa a força e a estabilidade das articulações; alteração óssea que comprometa a força e a estabilidade dos membros superiores e inferiores.

Sim       Não

descrever.....  
.....  
.....

Discopatia

Sim       Não

descrever.....  
.....  
.....

Luxação recidivante; fratura viciosamente consolidada

Sim       Não

descrever.....  
.....  
.....

Pseudoartrose; doença inflamatória e degenerativa ósteo-articular; artropatia gotosa

Sim       Não

descrever.....  
.....  
.....

Tumor ósseo e muscular; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho ou lesões por esforços repetitivos







**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....  
 Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....  
 Identidade n..... Órgão expedidor: .....

OBS: Anexar RX do Crânio Ap e perfil com laudos e eletro encefalograma (EEG)  
 Alterações neurológicas, tipo seqüelas de paralisia totais ou parciais, atrofia e distrofias musculares, perdas de sensibilidade e epilepsia.

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Infecção do sistema nervoso central; doença vascular do cérebro e da medula espinhal; síndrome pós-traumatismo crânio-encefálico, fraturas de crânio.

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Distúrbio do desenvolvimento psicomotor; doença degenerativa e hereditária; distrofia muscular progressiva; doenças desmielinizantes.

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

Eletroencefalograma fora dos padrões normais

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Local Data

\_\_\_\_\_  
 Datar e assinar com carimbo do Médico e CRM



**Governo do Estado de Rondônia**  
**Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas**  
**Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....  
Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....  
Identidade n..... Órgão expedidor: .....

OBS: Providenciar ECG (Eletrocardiograma) e Ecocardiograma bidimensional com Doppler.

2 - Antecedentes patológicos:

- ( ) nega patologia cardiocirculatória prévia
- ( ) nega cirurgia cardíaca prévia
- ( ) caso positivo descrever.....

3 – Sintomas atuais:

- ( ) nega sintomas atuais relacionados à cardiologia
- ( ) caso positivo descrever.....

4 – Exame físico cardiológico:

PA: ..... x ..... mmHg FC: .....

- ( ) BRNF, 2 tempos, sem sopros
- ( ) em caso de alterações, descrever.....

5 – Eletrocardiograma com laudo capacitando para atividades físicas e laborativa:

- ( ) normal
- ( ) em caso de alterações, descrever.....

6 – Ecocardiograma bidimensional com Doppler:

- ( ) normal
- ( ) em caso de alterações, descrever.....

7 – Conclusão:

- ( ) sem evidências de cardiopatias
- ( ) com evidências de cardiopatias; descrever.....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Datar e assinar com carimbo do Médico e CRM



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....  
 Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....  
 Identidade n..... Órgão expedidor: .....

2 - Acuidade visual sem correção (Tabela Snellen)

OD.....  
 OE.....

3 – Refração e acuidade visual com correção

Para longe (Tabela Snellen)

OD.....  
 OE.....

Para perto (candidatos presbitas/Tabela Jaeger)

OD.....  
 OE.....

4 – Segmento externo: .....

5 - Biomicroscopia: .....

6 – Fundoscopia sem midríase

OD.....  
 OE.....

7 – Exame sumário da motilidade ocular extrínseca.....

8 – Campo visual (de confrontação) .....

9 – Tensão ocular (tonometria) .....

10- Senso cromático .....

11 – Conclusão:

( ) sem evidências de oftalmopatias  
 ( ) com evidências de oftalmopatias; descrever.....

.....  
 .....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Local Data

\_\_\_\_\_  
 Datar e assinar com carimbo do Médico e CRM



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AValiação OTORRINOLARINGOLÓGICA**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....  
 Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....  
 Identidade n..... Órgão expedidor: .....

OBS: Anexar exame Audiométrico

2 - Perda auditiva maior que 25 (vinte e cinco) decibéis nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz (hertz) e perda auditiva maior que 30 (trinta) decibéis isoladamente nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz (hertz), unilateral ou bilateral:

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

3 - Otosclerose; labirintopatia; otite média crônica; sinusite crônica; fenda palatina; lábio leporino; distúrbio da fonação:

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Local Data

\_\_\_\_\_  
 Datar e assinar com carimbo do Médico e CRM



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....  
 Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....  
 Identidade n..... Órgão expedidor: .....

2. Dentes cariados com lesões peri-apicais, piorréias alveolares;

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

3. Menos de vinte dentes naturais (tolerando-se dentes artificiais – implantes, coroas pontes fixas ou móveis, que satisfaçam a estética);

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

4. Ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam a estética.

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

5 Menos de seis molares apostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais raízes artificiais que satisfaçam a estética.

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

6. Periodontopatias, anomalias dentofaciais, inclusive maloclusão.

( ) Sim ( ) Não

descrever.....  
 .....  
 .....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Local Data

\_\_\_\_\_  
 Datar e assinar com carimbo do Odontólogo e CRO



**Governo do Estado de Rondônia  
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas  
Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

1 - Identificação do paciente:

Nome: ..... Idade:.....  
 Idade:..... Sexo:..... Estado Civil: .....  
 Identidade n..... Órgão expedidor: .....

2 - Exame de estado mental para:

Consciência: .....  
 Orientação: .....  
 Atenção: .....  
 Conduta: .....  
 Pensamento: .....  
 Linguagem: .....  
 Senso/percepção: .....  
 Afeto/humor: .....  
 Memória: .....  
 Inteligência: .....  
 Juízo crítico: .....

3 – Conclusão: .....  
 .....  
 .....

“Solicitamos elaborar parecer para subsidiar a análise do exame admissional para o desempenho de atividade bombeiro militar”

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Local Data

\_\_\_\_\_  
 Datar e assinar com carimbo do Médico e CRM



**Governo do Estado de Rondônia**  
**Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas**  
**Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

**ANEXO III – CITAÇÃO DO ITEM 11, DO EDITAL N. 061/GDRH/SEARH, DE 20 DE MAIO DE 2014.**

**“11. AVALIAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS**

**11.1.** Os candidatos considerados recomendados na Avaliação Psicológica, dentro do número de vagas para o cargo, serão convocados para apresentação do Exame Médico.

**11.1.1.** Deverão ser retirados na Superintendência Estadual de Administração e Recursos Humanos – SEARH ou impressos do portal [www.rondonia.ro.gov.br](http://www.rondonia.ro.gov.br), os formulários para os exames médicos e as informações dos procedimentos e prazos para realização dos mesmos.

**11.2.** No exame médico, o candidato será considerado: APTO ou INAPTO.

**11.3.** Os exames médicos e laudos poderão ser realizados na rede privada de saúde.

**11.4.** Os custos dos exames e seus laudos serão de responsabilidade dos candidatos.

**11.5. DOS TIPOS DE EXAMES**

**11.5.1. Exame Clínico Antropométrico.**

**11.5.1.1.** O candidato será considerado INAPTO, nos casos em que apresentar:

- a)** altura inferior a 1,65 metro para o candidato masculino e 1,60 metro para o candidato feminino e índice de massa corporal superior a 25.
- b)** tensão arterial sistólica superior a 140 mmHg e Diastólica superior a 90 mmHg, em caráter permanente;
- c)** hidrocele;
- d)** cicatrizes e/ou deformação que comprometam a estética e que levem à limitação funcional de qualquer segmento do corpo, paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida;
- e)** cirurgias que reduzam a plena capacidade física e vital;
- f)** varizes de membros inferiores;
- g)** doenças clínicas incuráveis progressivas ou que tenham deixado seqüelas limitantes para a carreira militar do Estado de Rondônia;
- h)** doenças infecto-contagiosas e parasitárias (toxoplasmose, hepatite B e/ou C, soro positivo para HIV);
- i)** doenças contagiosas da pele; erupções eczematosas; psoríase; eritrodermia; púrpura; pênfigo: todas as formas; úlcera de estase, anêmica, microangiopática, arteriosclerótica e neurotrófica; colagenose - lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite, esclerodermia; paniculite nodular - eritema nodoso; micose profunda; hanseníase; neoplasia maligna;
- j)** doenças gastrointestinais crônicas e endócrinas;
- k)** hipertrofia média ou acentuada da tireóide associada ou não aos sinais clínicos de hipertireoidismo;
- l)** alergia e hipersensibilidade a medicamentos e outros;
- m)** afecções ginecológicas e tumores;
- n)** reações sorológicas positivas para sífilis e doença de chagas;
- o)** taxa glicêmica anormal; albuminúria ou glicosúria persistentes, atentando-se para a pro-teinúria e hematúria de candidatos de sexo feminino em época menstrual (normal); sedimentoscopia e elementos anormais; cilindrúria, proterinúria (++) , hematuria (++) ; anemias, exceto as carenciais; doença linfoproliferativa maligna-leucemia, linfoma; doenças mieloproliferativa - mieloma múltiplo, leucemia, policitemia vera; hiperesplenismo; agranulocitose; discrasia sangüínea;
- p)** hérnia da parede abdominal com protusão do saco herniário; obesidade mórbida; doença metabólica; disfunção endócrina: hipofisária, tireoidiana, supra-renal, pancreática e gonádica; hepatopatia;
- q)** doença neoplásica maligna;
- r)** manifestação clínico-laboratorial associada à deficiência do sistema imunitário;
- s)** dependência de álcool ou química;
- t)** processo hemorroidário;
- u)** uropatia obstrutiva - estenose de uretra, litíase urinária recidivante, prostatite crônica; rim policístico; insuficiência renal de qualquer grau; nefrite intersticial; glomerulonefrite; sífilis secundária latente ou terciária; varicocele e/ou hidrocele em fase de indicação cirúrgica; orquite e epidemite crônica; criptorquidia;
- v)** exame toxicológico positivo para maconha, cocaína, heroína e anfetaminas. (ao inscrever-se no certame, o candidato autoriza a coleta de material para realização de outros exames antidrogas, a qualquer tempo, no interesse do Corpo de Bombeiros Militar de Rondônia);



**Governo do Estado de Rondônia**  
**Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas**  
**Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

w) o candidato ainda será considerado inapto, nos casos em que apresentar alteração em exame complementar que represente qualquer uma das condições incapacitantes.

**11.5.2. Exame Ortopédico**

**11.5.2.1.** O candidato será considerado INAPTO, nos casos em que apresentar:

- a) perda de substância óssea com redução da capacidade motora;
- b) limitação da amplitude fisiológica de quaisquer articulações;
- c) instabilidades articulares tipo luxações recidivantes ou habituais e instabilidades ligamentares isoladas ou generalizadas de qualquer etiologia;
- d) desvio de eixo fisiológico do aparelho locomotor, como seqüelas de fraturas, cifoses superiores a 45 graus, escoliose superior a 10 graus, espondilólise e espondilolistese, natureza congênita ou adquirida, deformidade da cintura escapular, do cotovelo, punho ou mão e dos dedos; hérnia de disco da coluna vertebral;
- e) desvios do tornozelo e articulações subtalar, desvios das articulações médio-társicas e do antepé;
- f) pré-existência de cirurgia em plano articular;
- g) obliquidade pélvica com ou sem discrepâncias de complemento dos membros inferiores (maiores que 8 mm), Genu Varum ou Valgum (superiores a 5 graus);
- h) alterações congênitas e seqüelas de osteocondrites;
- i) doença infecciosa óssea e articular (osteomielite) ou seqüelas que levem à redução significativa de mobilidade articular e força muscular que sejam incompatíveis com a atividade de Bombeiro Militar; alteração de eixo que comprometa a força e a estabilidade das articulações; alteração óssea que comprometa a força e a estabilidade dos membros superiores e inferiores; discopatia; luxação recidivante; fratura viciosamente consolidada; pseudoartrose; doença inflamatória e degenerativa ósteo-articular; artropatia gotosa; tumor ósseo e muscular; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho ou lesões por esforços repetitivos.

**11.5.3. Exame Neurológico**

**11.5.3.1.** O candidato será considerado inapto, nos casos em que apresentar:

- a) alterações neurológicas, tipo seqüelas de paralisia totais ou parciais, atrofia e distrofias musculares, perdas de sensibilidade e epilepsia;
- b) infecção do sistema nervoso central; doença vascular do cérebro e da medula espinhal; síndrome pós-traumatismo crânio-encefálico, fraturas de crânio; distúrbio do desenvolvimento psicomotor; doença degenerativa e hereditária; distrofia muscular progressiva; doenças desmielinizantes; eletroencefalograma fora dos padrões normais.

**11.5.4. Exame Cardiológico.**

**11.5.4.1.** O candidato será considerado inapto, nos casos em que apresentar:

Doença coronariana; miocardiopatias; hipertensão arterial sistêmica, mesmo que em tratamento; hipertensão pulmonar; cardiopatia congênita, ressalvada a CIA, a CIV e a PCA corrigidos cirurgicamente, e a valva aórtica bicúspide, que não promovam repercussão hemodinâmica; valvulopatia adquirida, ressalvado o prolapso de valva mitral com ausência de repercussão funcional; pericardite; arritmia cardíaca; insuficiência venosa periférica - varizes; linfedema; fístula artério-venosa; angiodisplasia; arteriopatia oclusiva crônica - arteriosclerose obliterante, tromboangiíte obliterante, arterites; arteriopatia não oclusiva - aneurismas, mesmo após correção cirúrgica; arteriopatia funcional - doença de Reynaud, acrocianose, distrofia simpático-reflexa; síndrome do desfiladeiro torácico.

**11.5.5. Exame Pulmonar**

**11.5.5.1.** O candidato será considerado inapto, nos casos em que apresentar:

- a) pneumopatias (asma e tuberculose, mesmo residuais) e campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentam existência daquelas doenças;
- b) distúrbio da função ventilatória pulmonar de qualquer natureza - asma, enfisema pulmonar, etc; tuberculose ativa pulmonar e em qualquer outro órgão; sarcoidose; pneumoconiose; pleuris prévio com encarceramento pulmonar; pneumotórax; RX de tórax: deverá ser normal, investigando-se a área cardíaca.

**11.5.6. Exame Oftalmológico**

**11.5.6.1.** O candidato será considerado inapto, nos casos em que apresentar:

- a) acuidade visual a 6 (seis) metros: avaliação de cada olho, separadamente; acuidade visual com correção: serão aceitos, 20/20 em ambos os olhos e até 20/20 em um olho e 20/40 no outro; motilidade ocular extrínseca: as excursões oculares devem ser normais; senso cromático: serão aceitos até 3 (três) interpretações incorretas no teste completo; pressão intra-ocular: fora dos limite compreendido entre 10 a 18





**Governo do Estado de Rondônia**  
**Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas**  
**Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

mmHg; cirurgia refrativa: será aceita desde que tenha resultado na visão mínima necessária à aprovação; infecções e processos inflamatórios crônicos, ressalvadas as conjuntivites agudas e hordéolo; ulcerações, tumores, exceto o cisto benigno palpebral; opacificações; seqüelas de traumatismos e queimaduras; doenças congênitas e adquiridas; ceratocone, incluindo os desvios de eixo, estrabismo; anormalidades funcionais significativas;

**b)** lesões retinianas; retinopatia diabética; glaucoma crônico com alterações papilares e/ou campimétricas, mesmo sem redução da acuidade visual; doenças neurológicas ou musculares; discromatopsia;

**c)** lesões da córnea; Estrabismo convergente e divergente maior que 1,5 mm; conforme laudo e avaliação do especialista;

**d)** doenças do tecido conjuntivo.

**11.5.7. Exame Otorrinolaringológico**

**11.5.7.1.** O candidato será considerado inapto, nos casos em que apresentar:

Perda auditiva maior que 25 (vinte e cinco) decibéis nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz (hertz) e perda auditiva maior que 30 (trinta) decibéis isoladamente nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz (hertz), unilateral ou bilateral; otosclerose; labirintopatia; otite média crônica; sinusite crônica; fenda palatina; lábio leporino; distúrbio da fonação.

**11.5.8. Exame Psiquiátrico**

**11.5.8.1.** Todas as patologias psiquiátricas são consideradas incapacitantes.

**11.5.9. Exame Odontológico**

**11.5.9.1.** O candidato será considerado inapto, nos casos em que apresentar:

**a)** dentes cariados com lesões periapicais, piorréias alveolares;

**b)** menos de vinte dentes naturais;

**c)** ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam a estética;

**d)** menos de seis molares apostos dois a dois, tolerando-se os dentes artificiais em raízes isentas de lesões periapicais (coroas e pontes fixas ou móveis);

**e)** periodontopatias, anomalias dentofaciais, inclusive maloclusão.

**11.5.10. Exames Laboratoriais**

**11.5.10.1.** Os exames visam comprovar o estado de saúde e robustez física do candidato, para tanto, os mesmos deverão apresentar-se à equipe médica munidos dos seguintes exames (com ônus para o candidato), os que deverão, obrigatoriamente, vir acompanhados dos respectivos laudos:

**a)** exame de sangue: Glicemia em jejum, hemograma completo, tipagem sanguínea, fator RH, uréia, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicerídeos, transaminases (TGO/TGP), VDRL, Machado Guerreiro, HBSAG (Antígeno Austrália), Anti Hbe, Anti Hbc(IgG e IgM), Anti-HCV, sorologia para toxoplasmose, chagas e sífilis, Anti-HIV I e II, Anti-HTLV I e II, e Beta-HCG (candidata feminina);

**b)** exames toxicológicos para anfetaminas, opióides, canabióides e cocaína;

**c)** RX do tórax: PA e perfil com laudo;

**d)** RX coluna vertebral cervical, torácica, lombar e sacra em ortostase com laudo e avaliação ortopédica do especialista;

**e)** RX de crânio, AP e perfil com laudo;

**f)** exame de urina – EAS;

**g)** exame de fezes – EPF;

**h)** eletrocardiograma (EEG), ecocardiograma bidimensional com Doppler;

**i)** tonometria; biomicroscopia; fundoscopia; motricidade ocular extrínseca; senso cromático;

**j)** audiometria tonal;

**k)** eletroencefalograma;

**l)** laudos dos especialistas (clínica médica, ortopedia, neurologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria) de conformidade com os exames solicitados e condições capacitantes.

**11.6.** Os exames terão validade máxima de 120 (cento e vinte) dias corridos e deverão ser homologados pela equipe médica do concurso.

**11.7.** Sendo considerado INAPTO em qualquer dos exames e/ou laudos desta Etapa - Avaliação de Exames Médicos, o candidato será eliminado do certame.

**11.8.** Em todos os exames laboratoriais e complementares, além do nome do candidato e número do seu RG ou CPF, deverão constar, obrigatoriamente, a assinatura, a especialidade e o registro no órgão de



**Governo do Estado de Rondônia**  
**Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas**  
**Gerência de Cadastro Pessoal e Averbação**

classe específico do profissional responsável, sendo motivo de inautenticidade destes a inobservância ou a omissão do referido registro.

**11.9.** Durante a Avaliação de Exames Médicos poderá ser solicitado a realização de outros exames laboratoriais e complementares, a expensas do candidato, além dos previstos no **subitem 11.5.10.1** deste Edital, para fins de elucidação diagnóstica.

**11.9.1.** Após a análise desta Etapa e dos exames laboratoriais e complementares dos candidatos, será emitido parecer conclusivo da aptidão ou da inaptidão do candidato.

**11.10.** As condições clínicas, sinais ou sintomas que incapacitam o candidato para o exercício do cargo, nos termos do item 11 do Edital, serão considerados para efeito de eliminação no Concurso Público.

**11.10.1.** No momento da Avaliação de Exames Médicos o candidato deverá declarar a existência ou inexistência de qualquer condição incapacitante para o exercício do cargo.

**11.11.** Demais informações a respeito da Avaliação de Exames Médicos constarão de Edital específico de convocação para essa etapa.

**11.12.** Será eliminado do Concurso Público o candidato que:

- a)** ausente na Quinta Etapa: Avaliação de Exames Médicos;
- b)** não entregar no momento da identificação para realização dos exames e ou laudos médicos, mesmos os complementares se for caso;
- c)** for considerado INAPTO, conforme condições incapacitantes relacionadas neste **item 11**.

**11.10.** O resultado preliminar da Avaliação de Exames Médicos, com lista nominal dos candidatos APTOS, bem como o link para consulta individual do motivo da inaptidão, estarão disponíveis no site [www.funcab.org](http://www.funcab.org), nas datas estabelecidas no Edital de convocação para esta etapa.

**11.11.** Caberá recurso contra o desempenho preliminar da Avaliação de Exames Médicos, de acordo com o item **12** deste Edital.