



Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a):

\_\_\_\_\_ apresentou os resultados abaixo descritos nos exames oftalmológicos efetuados.

EXAME	RESULTADO	VISTO/CARIMBO MÉDICO
Acuidade visual natural ou corrigida, comprovada pela capacidade de ler as letras J-1 do padrão <b>JAEGER</b> para visão próxima a 40 cm de distância.	Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/>  Lente Corretiva: <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	DATA: ____ / ____ / ____
Acuidade visual para visão longínqua, natural ou corrigida, igual ou superior a 20/20 da escala <b>SNELLEN</b> .	Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/>  Lente Corretiva: <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b> <input type="checkbox"/>	DATA: ____ / ____ / ____
Visão cromática normal, comprovada através do teste de <b>YSHIHARA</b> .	Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/>	DATA: ____ / ____ / ____

**OBSERVAÇÕES:**

- 1) Admite-se o emprego de métodos equivalentes aos especificados.
- 2) O exame tem validade de 12 (meses), a partir da data de assinatura do médico.
- 3) O atestado de acuidade visual deve ser preenchido com os resultados obtidos nos exames, assim como datado, carimbado e rubricado pelo médico nos respectivos campos aplicáveis.