

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 JAEGER para visão próxima a 40 cm de distância.	Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/> Lente Corretiva: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DATA: ____ / ____ / ____
Acuidade visual para visão longínqua, natural ou corrigida, igual ou superior a 20/20 da escala SNELLEN .	Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/> Lente Corretiva: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DATA: ____ / ____ / ____
Visão cromática normal, comprovada através do teste de YSHIHARA .	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.