

ESTABELECIMENTO*

Clínica: _____

CNPJ: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

PACIENTE*

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

E-mail: _____

MÉDICO*

Nome: _____

CRM/UF: _____ Especialidade: _____

RESULTADOS DOS EXAMES*

EXAME	CRITÉRIO	RESULTADO OBTIDO (SEM LENTE CORRETIVA)	RESULTADO OBTIDO (COM LENTE CORRETIVA)
VISÃO DE PERTO	JAEGER J-1 (40 cm)	OD:_____ OE:_____	OD:_____ OE:_____
VISÃO DE LONGE	SNELLEN ≥ 20/20	OD:_____ OE:_____	OD:_____ OE:_____
VISÃO CROMÁTICA* ISHIHARA OU OUTRO	☐ NORMAL ☐ ALTERADO	CORREÇÃO ÓPTICA (QUANDO APLICÁVEL) *: ☐ SIM ☐ NÃO	
CONCLUSÃO:			
☐ O paciente atende aos requisitos de acuidade visual previstos para o processo de certificação.			
☐ O paciente não atende aos requisitos de acuidade visual previstos para o processo de certificação.			
OBSERVAÇÕES CLÍNICAS (QUANDO APLICÁVEL):			

OBSERVAÇÕES:

- 1) Admite-se o emprego de métodos equivalentes aos especificados.
- 2) O atestado tem validade de 12 meses, a partir da data de assinatura do médico, salvo disposição normativa específica.
- 3) A emissão de declaração falsa ou a adulteração deste documento poderá caracterizar crime previsto nos artigos 297, 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, sem prejuízo das sanções éticas e administrativas cabíveis.
- 4) Serão aceitos atestados emitidos por médico oftalmologista, médico do trabalho ou optometrista legalmente habilitado para o exercício da profissão, observado o disposto na legislação e nas decisões judiciais vigentes.
- 5) Os itens marcados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.
- 6) Os dados constantes neste documento serão utilizados exclusivamente para fins do processo de certificação profissional da **CEBRAPI**, observadas as disposições da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

DECLARAÇÃO DO(A) MÉDICO(A)

Declaro, sob minha responsabilidade profissional, que realizei pessoalmente os exames acima descritos, utilizando métodos tecnicamente reconhecidos, e que as informações constantes neste documento correspondem fielmente aos resultados obtidos pelo paciente examinado.

Data do Exame: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)