

ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

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

_____ apresentou

(Nome completo)

os resultados abaixo descritos nos exames oftalmológicos efetuados.

Exame	Resultado	Visto e carimbo do Médico
Acuidade visual 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, 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	Normal: Sim <input type="checkbox"/> - Aprovado Não <input type="checkbox"/> - Reprovado	Data: / /

OBSERVAÇÕES:

- 1) Admite-se o emprego de métodos equivalentes aos especificados.
- 2) O exame médico tem validade de 3 (três) meses a partir da data de assinatura do médico.
- 3) Enviar para o Bureau de Certificação o documento **original** devidamente preenchido.