

Laudo de Avaliação Oftalmológica

NOME: _____ DATA: ____/____/20____

| Acuidade Visual LONGE | SEM correção | COM correção |
|-----------------------|--------------|--------------|
| Olho Direito | | |
| Olho Esquerdo | | |

| Acuidade Visual PERTO | SEM correção | COM correção |
|-----------------------|--------------|--------------|
| Olho Direito | | |
| Olho Esquerdo | | |

| | Olho Direito | Olho Esquerdo |
|--|-------------------------|-------------------------|
| Tonometria Horário: | mmHg | mmHg |
| Visão de Cores Teste de Ishihara | () normal () alterada | () normal () alterada |
| Visão de Profundidade Titmus Test Manobra Propedêutica Manual | () normal () alterada | () normal () alterada |
| Biomicroscopia | () normal () alterada | () normal () alterada |
| Fundoscopia | () normal () alterada | () normal () alterada |
| Motilidade Ocular | () normal () alterada | () normal () alterada |
| Estrabismo | () sim () não | () sim () não |
| Descrever Alterações ou Observações: | | |

| Motilidade Extrínseca | Sim | Não | | Refrator ou Tabela de Snellen | | | |
|-------------------------|-----|-----|--|-------------------------------|-----|-----|------|
| | | | | REFRAÇÃO | ESF | CIL | EIXO |
| Heterotropia? | | | | Olho D | | | |
| Hiperforia maior de 1D? | | | | Olho E | | | |
| Exoforia maior de 5D? | | | | | | | |
| Capac. Diverg. 3 a 15D? | | | | ADIÇÃO | | | |

() emetropia () hipermetropia () astigmatismo () miopia Outros diagnósticos: _____

Necessita uso de lentes? () sim () não

Atividade: () piloto (a) () comissário (a) () policial militar () policial civil () trabalhos penitenciários
() outro _____

Parecer oftalmológico para atividade (s) acima é () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL

| Candidato (a) Avaliado (a) | Médico Oftalmologista |
|---|--|
| Eu, abaixo assinado (a) declaro que todas as informações prestadas ao (à) médico (a) foram verdadeiras, sem que eu tenha falseado ou omitido qualquer dado. Assumo as responsabilidades legais por falsidade. Autorizo a emissão deste, bem como que conste os dados do meu exame, incluindo CID. Autorizo a remessa deste para o setor médico da ANAC ou de outra banca se solicitado. | Eu, abaixo assinado (a) declaro que examinei pessoalmente o (a) candidato (a). |
| ASSINATURA | ASSINATURA E CARIMBO |