

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