

**ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL**  
**RESULTADOS DO TESTE DE ACUIDADE VISUAL E PERCEPÇÃO DE CORES**

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

apresentou resultado satisfatório, nos exames oftalmológicos assinalados abaixo.

Item	Exame	Resultado	Visto/Carimbo do médico
a	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"/> com <input type="checkbox"/> sem lente corretiva	Data: ___/___/___
b	Acuidade visual para visão longínqua igual ou superior a 20/20 da escala SNELLEN	Aprovado: <input type="checkbox"/> com <input type="checkbox"/> sem lente corretiva	Data: ___/___/___
c	Percepção de cores comprovada pelo método Ishirara, utilizando-se no mínimo 14 placas, ou através de método equivalente	Apresenta deficiência: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim  ( ) leve ( ) moderada ( ) severa ou total	Data: ___/___/___

- Notas: 1) Admite-se o emprego de métodos equivalentes aos especificados.  
2) Os itens (a) e (c) são exigidos para todos os métodos.  
3) O item (b) acima, somente é exigido para qualificação em Ensaio Visual.  
4) O exame médico tem **validade de 3 meses** da data de assinatura do médico.