



ANEXO V - AVALIAÇÃO MÉDICA OFTALMOLÓGICA

Atesto para os devidos fins que o(a) candidato(a) _____, portador do RG _____ e CPF _____, foi por mim examinado(a) nesta data e apresenta as seguintes condições oftalmológicas:

A. Acuidade visual para longe e para perto SEM correção:

Longe: OD _____ OE _____ AO _____

Perto: OD _____ OE _____ AO _____

B. Acuidade visual para longe e perto COM correção

Longe: OD _____ OE _____ AO _____

Perto: OD _____ OE _____ AO _____

C. Fundoscopia: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada; e/ou

Biomicroscopia: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada

D. Tonometria: OD _____ / OE _____

E. Motricidade ocular: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada

F. Senso cromático: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada

G. Diagnostico (CID 10): _____

H. Conduta terapêutica: _____

I. Prognóstico: _____

J. Consequências à saúde do paciente: _____

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) oftalmologista CRM e RQE

_____, ____/____/____. Cidade-UF e data