

DATA:

NOME:

CIDADE:

UF:

CPF OU RG:

SISTEMA DO TESTE DE ACUIDADE VISUAL PORTÁTIL

OE

20/60 B C F 8 🐞
20/50 P T E 9 🕶️
20/40 B Z F 6 🚗
20/30 O F C L 6 🚲
20/20 T E P O D 9 🏠

OD

20/60 D E P 6 🍎
20/50 E T D 9 🍌
20/40 O E D 7 🍵
20/30 F T B O 6 🦋
20/20 Z E D F 8 9 ✂️

LONGE

OE

1,00m B Z F 7 🍎 (J5)
0,75m O F C 8 🏠 (J4)
0,62m T Z F 9 ★ (J3)
0,50m E P B 2 6 🐞 (J2)
0,37m D Z O P 8 7 ♥ (J1)

OD

1,00m O F Z 7 🚲 (J5)
0,75m Z D E 8 👁️ (J4)
0,62m P T L 9 🌻 (J3)
0,50m T E D F 9 ⚙️ (J2)
0,37m B F T Z E 8 💋 (J1)

PERTO

CONCLUSÃO: COM CORREÇÃO ☐
SEM CORREÇÃO ☐



TESTE DE SNELLEN Olho Esquerdo Longe: Até: _____

TESTE DE SNELLEN Olho direito Longe: Até: _____

TESTE DE JAEGER Olho Direito Perto : Até: _____

TESTE DE JAEGER Olho Esquerdo Perto: Até: _____

Trabalhador

Examinador