

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 🏠

16 12 8

LED MULTI COLOR 

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 ✈

12 8 6

LED MULTI COLOR 

OE

OFUSCAMENTO

 PROIBIDO TRÂNSITO DE BICICLETA

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

OFUSCAMENTO

 SEMÁFORO

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)

CONCLUSÃO: COM CORREÇÃO ☐ SEM CORREÇÃO ☐



TESTE DE SNELLEN Olho Esquerdo Longe: Até: _____ TESTE DE JAEGER Olho Esquerdo Perto: Até: _____

TESTE DE SNELLEN Olho direito Longe: Até: _____ TESTE DE JAEGER Olho Direito Perto : Até _____

PERCEPÇÃO LED MULTICOLOR 

Olho Esquerdo: _____ Olho Direito: _____

OFUSCAMENTO: Tempo de Resposta:

OLHO Esquerdo: _____ OLHO Direito: _____

Tempo de resposta para percepção de placa invertida:

Olho Esquerdo: _____ Olho Direito: _____

TESTE DE ISHIHARA: Olho esquerdo: Possível Daltonismo: Sim () ou Não ()

Olho Direito: Possível Daltonismo: Sim: () ou Não ()

Trabalhador

Examinador