

MARINHA DO BRASIL
DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA
CENTRAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA OFTALMOLÓGICA:

Nome: _____

NIP: _____ Idade: _____

Cirurgia Proposta: _____

AO () OD () OE ()

EXAME OFTALMOLÓGICO:

Acuidade Visual - C/C OD: _____ OE: _____
S/C OD: _____ OE: _____

Refração: OD: _____
OE: _____

Biomicroscopia: _____

Tonometria: OD: _____
OE: _____

Fundoscopia: _____

Diagnóstico: _____

Exames Complementares:

Data, ____/____/____

Médico Responsável pela Informação
assinatura e carimbo