



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA XX REGIÃO

RESULTADO AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

Declaro que o(a) paciente acima compareceu ao serviço de oftalmologia e foi submetido(a) aos seguintes procedimentos / exames:

- () Refração e Fundoscopia;
- () Acuidade visual sem correção e com correção;
- () Biomicroscopia;
- () Tonometria.

Após avaliação oftalmológica, concluímos que o(a) paciente acima encontra-se:

- () APTO(A) para direção veicular.
- () APTO(A) para direção veicular, COM USO DE LENTES CORRETIVAS.
- () INAPTO(A) para direção veicular.

_____, ____ / ____ / ____.

Médico(a) oftalmologista
(carimbo e assinatura)