

P.C.

F. OPTICA	ESF.		CIL.		EIXO		A.V.L		A.V.P							
	D.															
	E.															
	ADD			ÚLTIMA AVALIAÇÃO	ANOS	MESES	DIAS	OF. OP.	E	A	Foco:					
LENSOM.	ESF.		CIL.		EIXO		D.N.P.		A.V.L A.V.P							
	D.															
	E.															
	ADD			Foco:	Obs.:											
ACUIDADE VISUAL	SEM COMPENSAR					COMPENSADO					OC	LC				
	LONGE		FURO		PERTO		LONGE		PERTO							
	D.															
	E.															
RET. ESTÁ.	ESF.		CIL.		EIXO		A.V.		ESF.		CIL.		EIXO		A.V.	
	D.															
	E.															
	OBS.															
CERATOMETRIA	I II III IV V		R		I II III IV		K(<)		K(>)		CIL.					
SUBJETIVO	ESF.		CIL.		EIXO		A.V.L		A.V.P							
	D.															
	E.															
	A.	33 55	D.	D	M	A	0,25	S/N	V.F.	S/N	A.S.	S/N				
SUBJETIVO	ESF.		CIL.		EIXO		A.V.L		A.V.P							
	D.															
	E.															
	A.	33 55	D.	D	M	A	0,25	S/N	V.F.	S/N	A.S.	S/N				
SUBJETIVO	ESF.		CIL.		EIXO		A.V.L		A.V.P							
	D.															
	E.															
	A.	33 55	D.	D	M	A	0,25	S/N	V.F.	S/N	A.S.	S/N				
DIAGNOSTICO	REFRA.		P A		70% 50% 5%		D.		E.							
MOTOR	SA		⊕ X E H ₀ H _E		T _A		E _X I _N									
PATOLÓ.	SA															

ENCAMINHAMENTO: Med: Oft. End. Car. Cli. Der. N.Med: Psi. Nut. Odon. Ortop.

Certifico que foram explicados os objetivos deste atendimento optométrico. Assim como minha participação voluntária neste atendimento por um profissional de curso superior (Bacharel), não médico, da área da saúde, apto para avaliar a visão, que realizou minha avaliação visual sem uso de medicamentos e ou procedimentos invasivos. ADPF 131 - 22/10/2021.

ASSINATURA DO OPTOMETRISTA

ASSINATURA DO (A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL