

**ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL**

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a): _____

Nº SNQC: _____

Realizou os exames assinalados abaixo em ____ / ____ / ____

Aplicável para certificações baseadas nas seguintes normas Abendi: NA-001, NA-009, NA-010, NA-024, NA-027 e NA-031

- ▶ Candidatos à certificação, recertificação ou renovação devem realizar os exames **A** e **B**. Exceto para os candidatos no método de Ensaio Visual, que devem realizar os exames **A, B, C e D**.
- ▶ Anualmente, para todos os candidatos e profissionais é obrigatório apresentar o exame **A**.
- ▶ O exame de acuidade visual tem validade de **12 meses**

A) Acuidade Visual comprovada pela capacidade de ler as letras **J-1** do padrão **JAEGER** para visão próxima a **30cm** de distância

() Aprovado s/ uso de lente corretiva () Aprovado c/ uso de lente corretiva () Reprovado

Visto e Carimbo do Responsável:

B) Percepção de Cores, comprovada pelo método **ISHIHARA**

Apresenta deficiência? () Sim ➔ () Leve () Moderada () Severa ou Total

() Não

Visto e Carimbo do Responsável:

C) Acuidade Visual para visão longínqua igual ou superior a **20/20** da escala **SNELLEN**

() Aprovado s/ uso de lente corretiva () Aprovado c/ uso de lente corretiva () Reprovado

Visto e Carimbo do Responsável:

D) Visão binocular comprovada através dos testes **FRISBY** ou **TITMUS**

() Aprovado s/ uso de lente corretiva () Aprovado c/ uso de lente corretiva () Reprovado

Visto e Carimbo do Responsável: