



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

TESTE DE ACUIDADE VISUAL

NOME :

FUNÇÃO :

MATRÍCULA Nº:

CENTRO DE CUSTO:

1. SINAIS E SINTOMAS OFTALMOLÓGICOS NO MOMENTO:

2. USA ÓCULOS ?:

HÁ QUANTO TEMPO ?:

3. TESTE

COM ÓCULOS:

SEM ÓCULOS:

O.D.:

O.E.:

O.D.:

O.E.:

DATA :

ASSINATURA :