



TRIAGEM DE ACUIDADE VISUAL

Ação de Saúde na Escola

Unidade Escolar: _____

Aos pais ou responsáveis do aluno.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AVALIAÇÃO DE ACUIDADE VISUAL

Prezados Pais ou Responsáveis,

Com o objetivo de promover a saúde ocular e contribuir para o bom desempenho escolar, informamos que será realizada uma **avaliação simples de acuidade visual** com os alunos desta instituição.

A avaliação será conduzida por profissionais capacitados, utilizando métodos não invasivos e indolores, apenas para avaliar se há necessidade de encaminhamento ao Médico Oftalmologista, caso seja identificado algum indício de alteração visual.

DECLARO que:

Fui informado(a) sobre o objetivo e o procedimento da avaliação.

Estou ciente de que esta avaliação **não substitui** consulta médica especializada.

Autorizo a participação de meu/minha filho(a) na avaliação de acuidade visual.

DADOS do(a) aluno(a):

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Turma/Ano: _____

Identificação e Assinatura do(a) responsável:

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____