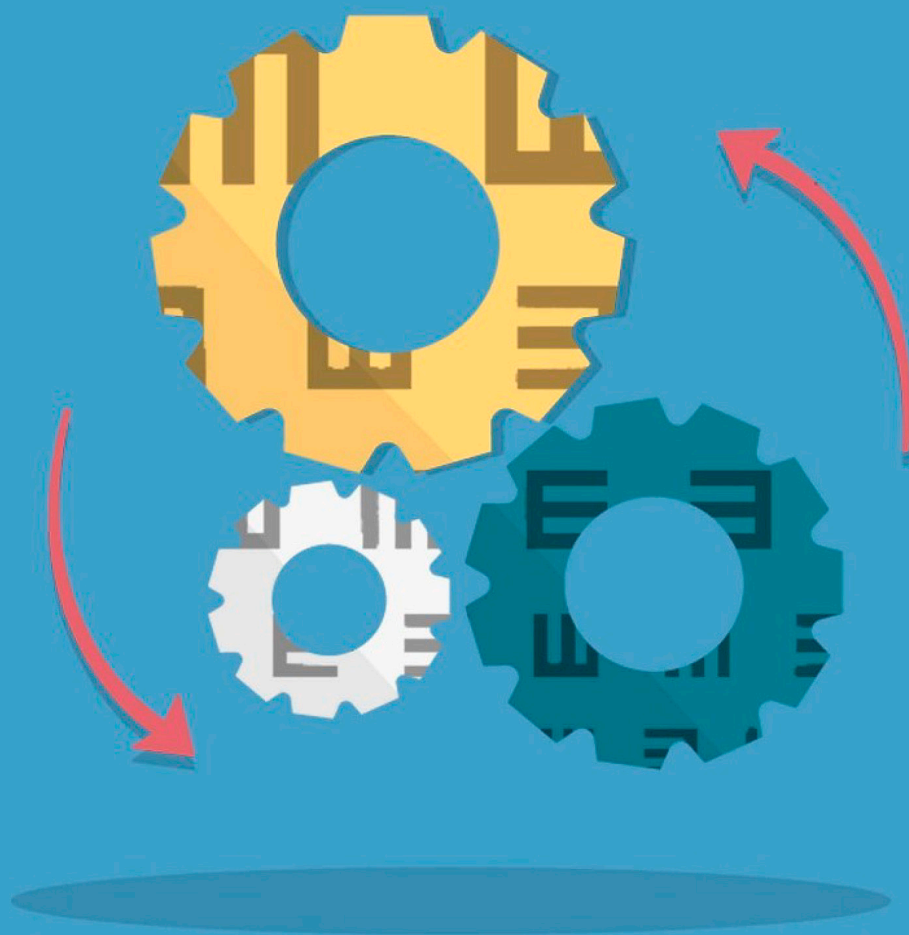


PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

# POP



# OPTOMETRIA



## REGIONAIS

CROOPA - CROORO - CROOCE - CROOPE - CROOPI  
- SOOSE - SINDOCOPB - SROOAL - CROOGO -  
CROOMG - COOERJ - CROOSP - CROOSC - CROORS  
- CROOPR - SINOOCOMA - UNOOBA



## APOIO





Procedimento Operacional Padrão

# **POP-Optometria**

Coleções CBOO Volume I - 2º Edição - Janeiro 2021



## Comissão Editorial

### DIRETORIA CBOO (Gestão 2019-2023)

Eriolanda Bretas - Presidente  
Ricardo Bretas - Presidente de Honra  
Forlan Luiz de Araújo - Vice-Presidente  
Jasiel Araújo Filho - Secretário Geral  
Ariel Scussel Malurg - 1º Secretário  
Fábio Rocha - Diretor Institucional

### ELABORAÇÃO

Forlan Luiz de Araújo - Vice-Presidente  
Leandro Fleury (GO)  
José Geraldo Correa Roque (GO)  
Yuri de Melo (GO)  
Marlon Cesar (GO)  
Mirtes Barros Bezerra (GO)  
Wilson Cardoso Pires (GO)

### REGIONAIS FILIADOS AO CBOO

CROOPA - CROORO - CROOCE -  
CROOPE - CROOPI - SOOSE -  
SINDOCOPPB - SROOAL - CROOMG -  
COOERJ - CROOSP - CROOSC -  
CROORS - CROOPR - SINOOCOMA -  
CROOGO - UNOoba

### 1º REVISÃO

#### Diretoria CBOO (Gestão 2015-2019)

Ricardo Bretas - Presidente  
Forlan Luiz de Araújo - Vice-Presidente  
Ariel Scussel Malburg - Secretário-Geral  
Fábio Rocha - 1º Secretário  
Eriolanda Bretas - Diretora Institucional  
Fábio Cunha - Assessor Jurídico  
Natalie Almeida - Secretária Executiva

### APROVAÇÃO

Assembleia Geral do CBOO, realizada em  
São Paulo – SP, abril/2019

### 2º REVISÃO

Conselho Consultivo CBOO  
(Gestão 2015-2019)  
Diretoria CBOO (Gestão 2015-2019)

### ARTE CAPA

Lucas Lopez de Agular - Designer  
Peter Pelinski - Designer

### DIAGRAMAÇÃO

Peter Pelinski - Designer

Coleções CBOO - Vol.1: Procedimento Operacional Padrão da Optometria. 2ª Edição. AGO/2020  
Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria – CBOO. Todos os direitos reservados.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e sem fins comerciais.



SDS, Ed. Eldorado Bloco D nº60, sala 113 - Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70392-901  
+55 (61) 3321-4689 / +55 (61) 9 8625-6347  
[www.cboo.org.br](http://www.cboo.org.br) / [cboo@cboo.org.br](mailto:cboo@cboo.org.br)

MEMBRO



Associação Latinoamericana de Optometria e Óptica



Conselho Mundial de Optometria

## Sumário

---

APRESENTAÇÃO.....	6
POP 01 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OPTOMÉTRICOS.....	7
ANEXO I - FICHA CLÍNICA COM DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA .....	12
ANEXO II - TERMO DE ENCAMINHAMENTO.....	15
ANEXO III - LAUDO OPTOMÉTRICO FUNCIONAL.....	16
ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO.....	17
CBOO.....	18

## Apresentação

---

O Optometrista é o profissional da área da saúde, responsável pela avaliação primária da saúde visual e ocular.

Formado em Optometria por instituições de ensino devidamente autorizadas, está capacitado para avaliar as anomalias do estado refrativo, sensorio motor perceptual e ocular do paciente através da aplicação de provas não invasivas pertinentes. Detectar as alterações da acuidade visual, sensibilidade ao contraste, visão cromática, disfunções e alterações da visão binocular e campo visual.

Realizar avaliação optométrica integral, avaliação ortóptica, exames para adaptação de lentes de contato, filtros terapêuticos, lentes prismáticas, lentes oftálmicas e próteses oculares para a análise, definição e execução de tratamentos, condutas terapêuticas não invasivas e não medicamentosas também estão dentro do seu campo de atuação.

Sua formação permite ainda identificar alterações visuais de ordem patológica ocular (ex: catarata, glaucoma) ou sistêmica (ex: hipertensão, diabetes), nesses casos, encaminhando prontamente o paciente ao profissional médico competente.

Em todo o mundo integra a equipe de cuidado com os olhos e sua atuação é fundamental no combate a cegueira evitável.

A organização Mundial da Saúde preconiza que a Optometria é a primeira barreira contra a cegueira evitável do mundo.



**Conheça o Perfil do  
Optometrista Brasileiro**



## POP 01

# PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OPTOMÉTRICOS

<b>Nome da Empresa:</b>		(EMPRESA)	
Procedimento Operacional Padrão <b>POP 01 - Prestação de Serviço de Optometria</b>			
<b>Data:</b>	<b>Versão:</b> 00	<b>CÓPIA CONTROLADA</b>	<b>Página 1 de 5</b>

**a) Objetivo:** Estabelecer os procedimentos para garantir a implantação e padronização da realização dos serviços de Optometria e do registro dos resultados obtidos, bem como a conduta adotada.

**b) Aplicação:** Aplica-se à estabelecimentos que prestam assistência e atenção optométrica.

**c) Alcance:** Estabelecimentos prestadores de serviços de optometria.

**d) Documento de Referência:** Perfil Profissional do Optometrista Brasileiro.

### e) Definições:

1. *POP:* Procedimento Operacional Padrão;
2. *RT:* Responsável Técnico;
3. *Alvará de Autorização Sanitária:* Documento expedido pela Vigilância Sanitária e que habilita o funcionamento do estabelecimento a nível municipal/estadual constando a(s) atividade(s) a ser(em) exercida(s), e os respectivos responsáveis (legal, técnico e o optometrista);
4. *Assistência Optométrica:* É um grupo de atividades relacionadas à Optometria. Sua função é apoiar ações na área de saúde visual. Engloba, também a realização de avaliação visual, testes visuais, prescrição de compensação visual via órteses e próteses oftálmicas, terapia visual e encaminhamento de casos com suspeita patológica a especialidade médicas e/ou terapêuticas, segundo o Perfil Profissional do Optometrista Brasileiro, editado pelo CBOO e deliberado no Congresso Latino Americano de Optometria e Óptica - CLOO, em novembro/2016, Rio de Janeiro/RJ;
5. *Atenção Optométrica:* Atenção primária em saúde visual executada pelo profissional optometrista no qual o cliente é o beneficiário principal das ações do optometrista. A atenção optométrica engloba atitudes, comportamentos, compromissos, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do optometrista. O objeto da atenção optométrica é realizar avaliação do sistema visual ("exame de vista" e testes visuais) prescrição de óculos e lentes de contato e sua respectiva adaptação, terapias visuais, buscando a reabilitação visual, recomendação de exames complementares, bem como avaliação e prevenção de saúde ocular, neurovisual e sistêmica do cliente e encaminhamento de eventuais casos com suspeita patológica à especialidades médicas e/ou terapêuticas. Confecção e adaptação de prótese ocular e, realização de laudos visuais e pareceres sobre a situação da visão, segundo o Perfil Profissional do Optometrista, editado pelo CBOO e deliberado no Congresso Latino Americano do Optometrista e Óptica - CLOO, em novembro/2016, Rio de Janeiro/RJ, de forma consciente e ética, oferecendo as melhores opções de serviços com foco na promoção, educação



<b>Nome da Empresa:</b>		(EMPRESA)	
Procedimento Operacional Padrão <b>POP 01 - Prestação de Serviço de Optometria</b>			
<b>Data:</b>	<b>Versão:</b> 00	<b>CÓPIA CONTROLADA</b>	<b>Página 2 de 5</b>

e atenção à saúde visual, respeitando os limites de sua atuação profissional, sem condicionar a prestação dos serviços à comercialização de produtos;

6. *Óptica:* Estabelecimento de interesse em saúde visual que realiza procedimentos de comercialização, e prestação de serviços, entre elas a adaptação e dispensação de lentes oftálmicas (para óculos ou lentes de contato), armações, óculos solares e acessórios ópticos;
7. *Optometrista:* Profissional da área da saúde, clínico, responsável pela atenção primária na saúde ocular e integral na saúde visual. Analisa a saúde sob a respectiva da holística, avalia a saúde visual e ocular e compensa as alterações visuais e/ou perceptivas, cognitivas, sensoriais através de próteses e/ou órteses oculares e também terapias visuais quando o estado de saúde permite, segundo o Perfil Profissional do Optometrista, editado pelo CBOO e deliberado no Congresso Latino Americano de Optometria e Óptica - CLOO, em novembro/2016, Rio de Janeiro/RJ;
8. *Produtos Ópticos:* Produtos relacionados à visão, como lentes de contato, óculos corretivos, óculos de segurança, óculos de proteção solar, lentes oftálmicas, armações, lupas, tele sistemas, filtros, acessórios e próteses oculares;
9. *Saúde Visual:* Ausência de limitações visuais que impedem o ser humano de alcançar um estado físico, cultural, estrutural e funcional de bem-estar social (*New England College of Optometry, Boston EUA*);
10. *Saúde Ocular:* Ausência de doenças e anomalias que afetam o olho humano.

**f) Responsabilidades:** É responsável pela execução dos procedimentos a seguir definidos.

**g) Materiais Necessários:**

1. Procedimentos Operacionais Padronizados - POP's;
2. Ficha Clínica Funcional com termo de consentimento informado (ciência de que está sendo atendido por um optometrista - coletar assinatura) e termo de ciência de encaminhamento para cuidados secundários e terciários (coletar assinatura) - Anexo II;
3. Equipamento para avaliação visual e/ou ocular, de caráter observativo, não invasivo e de terapia visual;
4. Ambiente adequado, segundo a Vigilância Sanitária local;
5. Fórmula optométrica para confecção de órteses oftálmicas;
6. Laudo Optométrico Funcional - Anexo III;
7. Declaração de Comparecimento - Anexo IV;
8. Materiais diversos para a limpeza e higienização de mãos, ambiente e superfícies.





<b>Nome da Empresa:</b>		(EMPRESA)	
Procedimento Operacional Padrão <b>POP 01 - Prestação de Serviço de Optometria</b>			
<b>Data:</b>	<b>Versão:</b> 00	<b>CÓPIA CONTROLADA</b>	<b>Página 3 de 5</b>

#### **h) Precauções:**

1. A prestação de serviços optométricos deve ser oferecida em estabelecimentos e/ou ambientes que possuam condições sanitárias previstas em lei constatando a descrição dessa atividade.
2. O atendimento inicial do cliente deve ser realizado por pessoa capacitada e de acordo com o estabelecimento neste POP.
3. Diariamente, antes do início do atendimento, higienizar a sala de atendimento, bem como as superfícies de móveis e equipamentos, conforme POP 02 - Higienização de Ambientes e Superfícies.
4. Lavar as mãos previamente ao início do atendimento, de acordo com a técnica correta e após a realização de cada serviço. Seguir o passo a passo, conforme Técnica de lavagem das mãos do POP 03 - Higienização das mãos.
5. Realizar a verificação diária de equipamentos/instrumentos, antes de sua utilização. Somente utilizar equipamentos e/ou instrumentos em perfeito estado de funcionamento.
6. A prestação de serviços optométricos deve ser realizada por optometrista portador de diploma válido, cujo vínculo com a empresa poderá ocorrer por meio de contrato de trabalho, como prestador de serviço ou como participante do quadro societário da mesma.
7. Os registros dos serviços optométricos prestados devem ser mantidos em arquivo pelo período de no mínimo 05 (cinco) anos, e depois poderão ser descartados, opcionalmente.

**i) Descrição das Atividades:** A conduta para atendimento ao cliente que necessite de serviços de atenção optométrica deve seguir as seguintes etapas:

##### **1) Atendimento Inicial:**

- I. Consiste em acolher o cliente, orientar sobre profissional, o tipo de serviço que será prestado e o valor a ser cobrado. Realizado na recepção, conforme protocolo de atendimento.
- II. Solicitar para que o cliente assine o Termo de Ciência e Anuência da avaliação Optométrica.
- III. Se o cliente não concordar em assinar o Termo de Ciência, não haverá o atendimento.
- IV. Estando o cliente de acordo, o atendente preenche a parte do cadastro de identificação na Ficha Clínica Funcional - Anexo II.
- V. Encaminhar o cliente para a sala de atendimento optométrico.

##### **2) Avaliação Ocular:**

- I. Realizado pelo optometrista, na sala de atendimento (consultório) e consiste em fazer a anamnese inicial do cliente e a avaliação da estrutura ocular (segmento anterior e posterior).
- II. Caso esta avaliação aponte alguma anormalidade da estrutura ocular, neuro visual e ou sistêmica, o cliente deve ser esclarecido do fato e das orientações técnicas necessárias para encaminhamento ao profissional



<b>Nome da Empresa:</b>		(EMPRESA)	
Procedimento Operacional Padrão <b>POP 01 - Prestação de Serviço de Optometria</b>			
<b>Data:</b>	<b>Versão:</b> 00	<b>CÓPIA CONTROLADA</b>	<b>Página 4 de 5</b>

pertinente, colhendo e assinatura do cliente no respectivo termo de ciência de encaminhamento, constante na Ficha Clínica, anexo II.

- III. Se o cliente não concordar, encerra-se o atendimento, fazendo os registros no corpo da ficha clínica, na parte correspondente à conduta.
- IV. Se o cliente estiver de acordo com o encaminhamento receberá orientações sobre qual especialidade deverá procurar.
- V. Informar o cliente da necessidade ou não do retorno ao consultório para dar continuidade ao serviço optométrico.
- VI. Caso a avaliação aponte normalidade da estrutura ocular, anotar os resultados e prosseguir o atendimento, passando para a próxima etapa.

### 3) Avaliação Motora e Sensorial:

- I. Realizadas pelo optometrista, na sala de atendimento (consultório) e consistem na avaliação da função sensorial do sentido da visão (quantitativa e qualitativamente) do funcionamento dos músculos extraoculares, da acomodação (funcionamento do cristalino), direção visual e funções pupilares. Estes resultados, associados à avaliação refrativa, servem para fazer o levantamento de hipótese de alterações motoras.
- II. Anotar os resultados na ficha clínica, em local reservado para estes.
- III. Prosseguir o atendimento passando para a próxima etapa

### 4) Avaliação Refrativa:

- I. Realizada pelo optometrista, na sala de atendimento (consultório) e consiste na avaliação do erro refrativo.
- II. Prosseguir para a etapa da conduta refrativa, que poderá ser de prescrição ou não de produto óptico.
- III. Anotar os dados no respectivo campo da Ficha Optométrica Funcional, anexo II.

### 5) Prescrição e conduta refrativa:

- I. Realizada pelo optometrista, na sala de atendimento (consultório) e consiste na prescrição ou não de produtos ópticos conforme cada caso.
- II. Anotar os dados da prescrição, caso seja esta a conduta, na Ficha Optométrica Funcional, anexo II, em espaço específico.
- III. Preencher o receituário, entregando-o ao avaliado, orientando o cliente sobre os detalhes técnicos da prescrição e do produto indicado.
- IV. O receituário deve conter a seguinte frase: "Por favor, trazer seus óculos para verificação após a confecção"
- V. Encerrar o atendimento esclarecendo que o cliente poderá adquirir o produto no estabelecimento óptico de seu agrado, retornando posteriormente para confirmação da fidelidade dos dados técnicos prescritos.
- VI. Colher a assinatura de ciência em termo de 2 vias, da forma de manuseio e cuidados no uso dos meios de compensação visual.



<b>Nome da Empresa:</b>		(EMPRESA)	
Procedimento Operacional Padrão <b>POP 01 - Prestação de Serviço de Optometria</b>			
<b>Data:</b>	<b>Versão: 00</b>	<b>CÓPIA CONTROLADA</b>	<b>Página 5 de 5</b>

**6) Conduta motora:**

- I. Realizada pelo optometrista, na sala de atendimento (consultório) visando conduzir alterações previamente identificadas para reabilitação e/ou treinamento visual.
- II. O cliente receberá orientações sobre qual tratamento ou especialidade deverá procurar, em razão da hipótese de alteração motora presumida.
- III. Solicitar que o cliente assine o Termo de Ciência de Encaminhamento e orientações para o uso de lentes oftálmicas, lentes de contato e necessidade de ortóptica.

**j) Histórico de Avaliações:** Inserir o histórico de avaliações.



# ANEXO I

## FICHA CLÍNICA

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_  
 CPF \_\_\_\_\_-\_\_\_\_, na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, estar  
 ciente de que serei atendido por profissional Optometrista, não médico, capacitado  
 para prestar atendimento primário em saúde visual e ocular. Declaro ainda que a  
 prestação deste serviço não foi condicionada a comercialização de qualquer outro  
 e/ou serviço oferecido pelo profissional ou qualquer outro estabelecimento.

**Assinatura:**

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gênero: (  ) Masc. (  ) Fem. Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ultima consulta: (  ) Optometrista (  ) Médico (  ) 1º Vez

**Anamnese**

Motivo principal da consulta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(3 folhas anexo)

Antecedentes pessoais e familiares::

\_\_\_\_\_


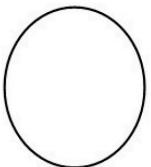
\_\_\_\_\_

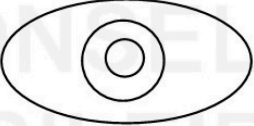
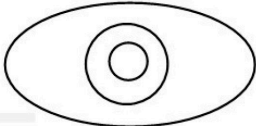
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Acuidade Visual</b>								
C/C	Longe	Perto	PH	S/C	Longe	Perto	PH	Optotipo utilizado:
OD				OD				
OE				OE				

<b>RX Antiga</b>										
Longe	Olho	Esférico	Cilíndrico	Eixo	Perto	Olho	Esférico	Cilíndrico	Eixo	
	D					D				
	E					E				
	Adição:		Prisma:			Adição:		Prisma:		

<b>Oftalmoscopia</b>					
OD		Aspecto FO	OE		Aspecto FO
Bruckner		Lente:	Bruckner		Lente:
Papila			Papila		
Escavação			Escavação		
Relação AV			Relação AV		
Mácula			Mácula		
Fixação			Fixação		

<b>Biomicroscopia</b>					
		OD		OE	
Sobrancelha					
Pálpebras					
Cílios					
Córnea					
Conjuntiva					
Esclera					
Cristalino					
Pupila					

<b>Reflexos Pupilares</b>				<b>Duções</b>	
	Fotomotor	Consensual	Acomodativo	OD:	
OD				OE:	
OE				Obs.:	

<b>Kappa</b>		<b>Hirschberg</b>		<b>Versões</b>	
OD				 	
OE					

<b>Cover Test</b>			Obs.:
Longe	40cm:	20cm:	

<b>Ceratometria</b>		<b>PCC (habitual)</b>		
OD	Miras:	OR:	Luz:	Filtro:
OE	Miras:			

<b>Retinoscopia Estática</b>					<b>Prisma Cover Test</b>			
	Esf.	Cil	Eixo	AV	C/C ∞	40cm:	20cm:	
OD								
OE					S/C ∞	40cm:	20cm:	
<b>Retinoscopia Dinâmica</b>					<b>PPC</b>			
	Esf.	Cil	Eixo	AV	C/C	OR	Luz	Filtro
OD								
OE					S/C	OR	Luz	Filtro
<b>Subjetivo/Afinamento</b>					<b>Convergência Relativa</b>			
	Esf.	Cil	Eixo	AV	VL	/	/	/
OD								
OE					VP	/	/	/
<b>Rx Final</b>					<b>Amplitude de Acomodação</b>			
	Esf.	Cil	Eixo	AV	OD		Técnica:	
OD								
OE					OE		Nível Visual	
<b>Flexibilidade Acomodativa</b>					<b>Facilidade Acomodativa</b>			
OD					OD		Técnica:	
OE					OE		Nível Visual	
<b>Estereopsia</b>					<b>AC/A</b>			
Resultado:			Método:		Resultado:		Método:	
<b>Ishihara</b>					<b>Tonometria</b>			
Resultado:					Resultado	OD	OE	
Horas:								
Obs.:								
<b>Testes Sensoriais</b>								
Transfer test:								
Luzes de Worth:								
Vareta de Maddox:								
<b>Dx</b>								
	Visual			Motor			Ocular	
OD								
OE								
<b>Conduta</b>								
Visual:								
Motor:								
Ocular:								
Obs.:								
<b>Encaminhamento</b>								
Declaro ter sido orientado (a) a procurar profissional medico por suspeita de alteração patológica detectada no exame do Optometrista e que a reponsabilidade pela conduta clínica ficará a cargo do profissional médico escolhido por mim. Data: __/__/__.								
Ass.:								



## **ANEXO II**

# **TERMO DE ENCAMINHAMENTO**

Declaro ter sido orientado(a) a procurar profissional médico por suspeita de alteração patológica detectada no exame do Optometrista e que a responsabilidade pela conduta clínica ficará a cargo do profissional médico escolhido por mim.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



# ANEXO III

## LAUDO OPTOMÉTRICO FUNCIONAL

Laudo Optométrico Funcional compreende acuidade visual central e sensibilidade ao contraste, estado motor, estereopsia e percepção de cores.

### Laudo Optométrico Funcional

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

ACUIDADE VISUAL					
Sem Correção Óptica			Com Correção Óptica		
	Visão Longe	Visão Perto		Visão Longe	Visão Perto
O.D.			O.D.		
O.E.			O.E.		
A.O.			A.O.		

	Olho Direito	Olho Esquerdo
Sensibilidade ao Contraste	( ) sem alteração ( ) com alteração	( ) sem alteração ( ) com alteração
Teste Motor Acomodativo	( ) sem alteração ( ) com alteração	( ) sem alteração ( ) com alteração
Teste Motor Vergencial	( ) sem alteração ( ) com alteração	( ) sem alteração ( ) com alteração
Visão de Cores (Teste de Ishihara)	( ) sem alteração ( ) com alteração	( ) sem alteração ( ) com alteração
Visão de Profundidade (Teste _____)	( ) sem alteração ( ) com alteração	( ) sem alteração ( ) com alteração

Descrever Alterações ou Observações:

Necessita de correção visual? ( ) Sim ( ) Não

Portador de visão: ( ) Monocular ( ) Binocular

Conclusão: (Análise dos testes acima apresentados)

Assinatura do Optometrista / N° de Registro





## ANEXO IV

# DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro, para os devidos fins que o paciente \_\_\_\_\_, inscrito no RG \_\_\_\_\_ esteve no \_\_\_\_\_ (nome da clínica) no período de \_\_\_\_h à \_\_\_\_ para realizar avaliação visual.

(Local), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

Assinatura e Carimbo



**+REPRESENTATIVA**

**+SEGURA**

**+MODERNA**

## O PROFISSIONAL OPTOMETRISTA ASSOCIADO POSSUI A CIA CBOO

A CIA CBOO é o documento de identificação do profissional filiado, emitida exclusivamente pelo CBOO, certificada e padronizada para todo território nacional, com identificação por estado, QR CODE rastreável com leitura direta de qualquer parte do Brasil e do mundo, versão física e digital.

Solicite agora sua CIA CBOO  
<https://www.cboo.org.br/anuidade>



Assista ao vídeo que demonstra as diferenças entre o "Óptico" o "Opometrista" e o "Oftalmologista", segundo a opinião da mais avalizada Oftamologia mundial.



Acesse o Código de Ética dos Profissionais  
Associados ao CBOO.



## CORONAVÍRUS (COVID-19) MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Leia sobre as medidas de prevenção e controle  
do CORONAVÍRUS para os profissionais  
Optometristas elaborado pelo CBOO





SDS, Ed. Eldorado Bloco D nº60, sala 113 - Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70392-901  
+55 (61) 3321-4689 / +55 (61) 9 8625-6347  
[www.cboo.org.br](http://www.cboo.org.br) / [cboo@cboo.org.br](mailto:cboo@cboo.org.br)



@cbooconselho

