



ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 11105987000397 Fantasia : EMAM LOGISTICA LTDA
Razão Social : EMAM LOGISTICA LTDA
Endereço : AV AMAZONAS N.º 2904 Complemento : SALA 215
Cidade / UF : BELO HORIZONTE / MG CEP : 30411186

Funcionário

Nome : Paulo Alexandre Silveira Correa da Costa Setor: GERAL
CPF : 69258287134 Cargo: MOTORISTA DE CARRETA
RG : 10614320 / SSP/MT Nascimento: 28/11/1980

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/20

OE: 20/10

COM CORREÇÃO

OD: 20/20

OE: 20/10

Perto

Método de avaliação : Tabela de Jaeger

CORREÇÃO : NÃO

RESULTADO OLHO DIREITO : J2

RESULTADO OLHO ESQUERDO : J2

Teste Cromático

Visão Cromatica: NORMAL

Usa lente/óculos: Sim

Cuiabá 31 de março de 2025

Resultado: NORMAL

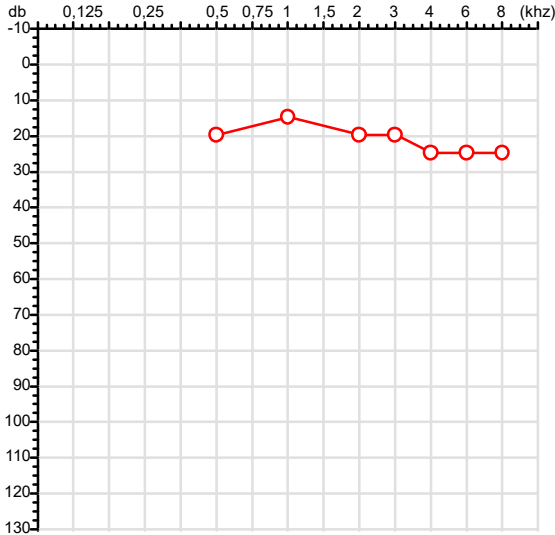
Dr. Ricardo Ferrier
CRM-MT 14172
NIS 27004114568

Autenticação Assinatura :DFC4EF5E3660EC992DFECF6691842BA2
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Exame n.º :729019

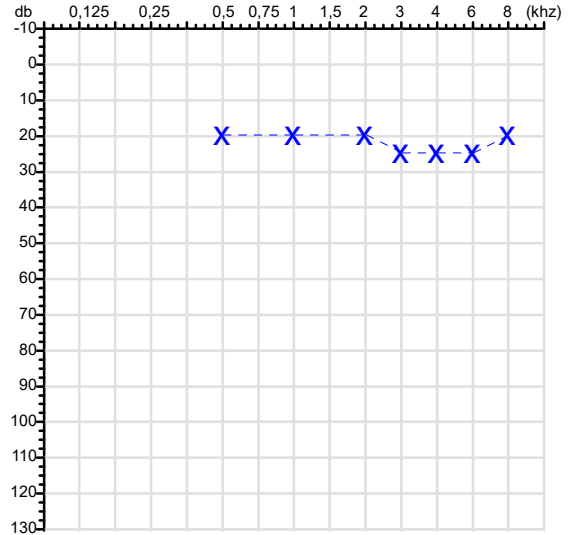
CPF :692.582.871-34	Paciente :Paulo Alexandre Silveira Correa da Costa	RG :10614320/SSP/MT
CNPJ :23.843.196/0001-81	Razão :EMAM LOGISTICA LTDA	
Nascimento :28/11/1980	Idade : 44 anos	
Motivo :Periódico	Setor :GERAL	
Reposuo :14h	Função :MOTORISTA DE CARRETA	
Data do Exame : 31/03/2025		

Orelha Direita



Audiometria

Orelha Esquerda



Aérea

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	20	15	20	20	25	25	25

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OE db	NDG	20	20	20	25	25	25	20

Ossea

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6
OD db	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6
OE db	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG

Médias Tritonais

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	20	15	20	18	20	25	25	23

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OE db	20	20	20	20	25	25	25	25

Laudo Clínico OD

Audição normal

Laudo Clínico OE

Audição normal

Classificações: tipo de perda auditiva (Silman e Silvermam - 1997), grau de perda auditiva média 500khz, 1000khz e 2000khz (Lloyd e Kaplan - 1978) e configuração audiométrica (Silman e Silverman - 1997 - adaptada de Carhart, 1945 e Lloyd e Kaplan, 1978)

Classificações: tipo de perda auditiva (Silman e Silvermam - 1997), grau de perda auditiva média 500khz, 1000khz e 2000khz (Lloyd e Kaplan - 1978) e configuração audiométrica (Silman e Silverman - 1997 - adaptada de Carhart, 1945 e Lloyd e Kaplan, 1978)

Emanuel Sempio
Fonoaudiólogo
Audiologia Clínica e Ocupacional
CRFa/ 5-5297-8

Emanuel Sempio
Fonoaudiólogo
CRFa 5 - 5297 - 8

Assinatura eletrônica :C813CCA1452B2780A323A0FB9E978B0D

Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Paulo Alexandre Silveira Correa da Costa

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2024

Protocolo:25033110060648 Data:31/03/2025
Paciente:PAULO ALEXANDRE SILVEIRA CORREA DA COSTA
Nasc.:28/11/1980 RG :10614320 CPF:69258287134
Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 63BPM (VARIA DE DE 50 A 100BPM, DE ACORDO COM AS ÚLTIMAS DIRETRIZES DE ECG DA SBC).
P-R = 0,12S (NORMAL = 0,10 A 0,20S), P SINUSAL (ONDA P SINUSAL SE POSITIVA E, D1, D2, D3, AVF).
QRS = 0,08S (NORMAL = 0,07 A 0,11S) OBS: Q PATOLÓGICA SE AMPLITUDE FOR PELO MENOS 25% DA ONDA R.
QTC = 0,36S (NORMAL = 0,34 A 0,45S P/ HOMENS A 0,47S P/ MULHERES).
RITMO SINUSAL.
SÂQRS = +60° (NORMAL = 0 A 90°, ALGUNS AUTORES CONSIDERAM NORMAL = -30 A +110°).

Impressão diagnóstica

DENTRO DOS PARÂMETROS NORMAIS.

DRA. JAMILA LEITE XAVIER
Cardiologista CRM MT 6422 RQE 4016 MT

Dr.ª Jamila L. Xavier
Assinatura

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=27050538949881829830745431010>

CRM-MT 6422



Protocolo:25033110194148 Data:31/03/2025
Paciente:PAULO ALEXANDRE SILVEIRA CORREA DA COSTA
Nasc.:28/11/1980 RG :10614320 CPF:69258287134
Exame :ELETROENCEFALOGRAMA CLINICO

Resultado

A ATIVIDADE ELÉTRICA CEREBRAL DE REPOUSO MOSTROU-SE SIMÉTRICA ENTRE ÁREAS HOMÓLOGAS, ORGANIZADA, CONSTITUÍDA POR UM RITMO ALFA DOMINANTE, 09-10HZ DE MÉDIA AMPLITUDE, COM PREDOMÍNIO NAS REGIÕES POSTERIO.
AUSÊNCIA DE ATIVIDADE EPILEPTIFORME.
DURANTE TODO O DECORRER DO EXAME, MESMO COM A ATIVAÇÃO PELA HIPERPNÉIA, NÃO FORAM REGISTRADOS GRAFOELEMENTOS PATOLÓGICOS.
ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL, REALIZADO DURANTE VIGÍLIA, EM CONDIÇÕES TÉCNICAS SATISFATÓRIAS.

Impressão diagnóstica

DENTRO DOS PARÂMETROS NORMAIS.

DR. CESAR ANDROLAGE
Neurologista CRM 7432 MT RQE 4011 MT
CRM: MT 7432

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=807031633293543791490468821358>



Cod.: 522487	Paciente: Paulo Alexandre Silveira Correa da Costa	Sexo: Masculino	Idade: 44 (A)
Atendido em: 31/03/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 69258287134	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM**95 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 31/03/2025 Liberado em: 31/03/2025 11:42

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

92 mg/dL
06/03/2024

Assinado Digitalmente



Dra. Julia Cristina da Silva
Biomédica
CRBM - 24963

A interpretação de qualquer teste com finalidade diagnóstica ou prognóstica depende de avaliação conjunta dos dados clínicos e da história médica do paciente.
Responsável Técnico: Bruno Bini Napoleão - CRBM 2121

Endereço: Av. General Vale,350, Bandeirantes.
Telefone:65-99295 3662
CNES: 3055612

Cod.: 522487	Paciente: Paulo Alexandre Silveira Correa da Costa	Sexo: Masculino	Idade: 44 (A)
Atendido em: 31/03/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 69258287134	Convênio: Hismet

HEMOGRAMA

Método: Automação VIDACOUNT 860 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 31/03/2025 Liberado em: 31/03/2025 13:58

Eritrograma

	Valores de Referência
Hemácias em milhões/ mm ³: 4,54	4,30 a 5,70/mm ³
Hemoglobina em g/dL.....: 14,3	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....: 42,9	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....: 94,5	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....: 31,5	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....: 33,3	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....: 13,7	11,0 a 15,0%

Leucograma

			Valores de Referência
Leucócitos.....: 6.060/mm³			3.500 a 10.000/mm ³
		%	/mm ³
Neutrófilos.....: 62,8%	3.806/mm³	50 a 70	2000 a 7000
Blastos.....: 0,0%	0/mm³	0	0
Promielocitos.....: 0,0%	0/mm³	0	0
Mielocitos.....: 0,0%	0/mm³	0	0
Metamielocitos.....: 0,0%	0/mm³	0	0
Bastões.....: 0,0%	0/mm³	0 a 6	0 a 600
Segmentados.....: 62,8%	3.806/mm³	50 a 70	2000 a 7000
Eosinófilos.....: 3,9%	236/mm³	2 a 4	80 a 600
Basófilos.....: 0,3%	18/mm³	0 a 2	0 a 200
Linfócitos típicos....: 30,1%	1.824/mm³	25 a 35	1000 a 3500
Linfócitos atípicos...: 0,0%	0/mm³	0	0
Monócitos.....: 2,9%	176/mm³	2 a 10	400 a 1000

Plaquetas

Plaquetas.....: 248.000/mm³	150.000 a 450.000/mm ³
VPM.....: 9,8/fl	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....: 0,244%	0,10 a 0,50%
PDW.....: 15,1	15,0 a 17,9%



Assinado Digitalmente


Dra. Julia Cristina da Silva
 Biomédica
 CRBM - 24963

A interpretação de qualquer teste com finalidade diagnóstica ou prognóstica depende de avaliação conjunta dos dados clínicos e da história médica do paciente.
 Responsável Técnico: Bruno Bini Napoleão - CRBM 2121

Endereço: Av. General Vale,350, Bandeirantes.
 Telefone:65-99295 3662
 CNES: 3055612

Identificação

Nome: [assinatura] CPF: 68258087131

Data de Nascimento: 28/11/1980 Idade: 44 Sexo: MAS FEM

Empresa: EMA M ASFALTO CNPJ: _____

Unidade: VARÇA GRANDE - MT Setor: MOTORISTA

Função: MOTORISTA CARRETA

Ocorrência: ADM PER MUD RET DEM Data: 31/03/2025

AValiação da Qualidade do Sono

Responda SIM ou NÃO para as seguintes questões

1. Você leva mais de 30 minutos para adormecer depois de fechar os olhos e apagar a luz?	(SIM)	(NÃO)
2. Acorda muitas vezes durante a noite?	(SIM)	(NÃO)
3. E quando acorda, demora muito tempo para voltar a dormir?	(SIM)	(NÃO)
4. Seu sono é agitado, inquieto?	(SIM)	(NÃO)
5. Precisa de um despertador para acordar?	(SIM)	(NÃO)
6. Tem dificuldade para levantar de manhã?	(SIM)	(NÃO)
7. Sente-se cansado(a) ao longo do dia, a ponto de prejudicar a atenção e o rendimento no trabalho?	(SIM)	(NÃO)
8. Já sofreu algum acidente ou esteve perto disso, por dormir pouco?	(SIM)	(NÃO)
9. Cochila diante da TV ou enquanto lê um livro?	(SIM)	(NÃO)
10. Dorme mais nos finais de semana do que nos outros dias?	(SIM)	(NÃO)

AValiação da Sonolência Diurna (Escala de sonolência EPWORTH)

As perguntas referem-se ao seu modo de vida usual, nos tempos atuais. Ainda que você desconheça ou não tenha passado por estas situações, tente imaginar como poderiam tê-lo afetado.

Marque a opção que melhor descreve sua chance de cochilar.

TOTAL:

	Nenhuma Chance	Pouca Chance	Média Chance	Grande Chance
1) Sentado e lendo	0	(1)	2	3
2) Assistindo TV	0	(1)	2	3
3) Sentado em um lugar público por ex. sala de espera, igreja	0	(1)	2	3
4) Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	0	1	2	3
5) Sentado e conversando com alguém	(0)	1	2	3
6) Sentado calmamente, após almoço sem álcool	0	(1)	2	3
7) Deitando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem	0	1	(2)	3
8) Se você tiver carro, enquanto pára por alguns minutos, no trânsito intenso	(0)	1	2	3

ESCALA DE FADIGA DE CHALDER

	NÃO ou MENOS DO QUE O NORMAL	IGUAL AO NORMAL	MAIS DO QUE O NORMAL	MUITO MAIS DO QUE O NORMAL
--	------------------------------	-----------------	----------------------	----------------------------

SINTOMAS FÍSICOS

1. Você tem problemas com cansaço?	0	(1)	2	3
2. Você precisa descansar mais?	0	(1)	2	3
3. Você se sente com sono ou sonolento?	0	(1)	2	3
4. Você tem problemas para começar a fazer coisas?	0	(1)	2	3
5. Você começa coisas sem dificuldade mas fica cansado quando você continua?	0	(1)	2	3
6. Você está perdendo energia?	0	(1)	2	3
7. Você tem menos força nos seus músculos?	0	(1)	2	3
8. Você se sente fraco?	(0)	1	2	3

SINTOMAS MENTAIS

9. Você tem dificuldade de concentração?	0	(1)	2	3
10. Você tem problemas em pensar claramente?	0	(1)	2	3
11. Você comete erros, sem intenção, na sua língua (Português) quando você fala?	0	(1)	2	3
12. Você acha mais difícil de encontrar a palavra correta?	0	(1)	2	3
13. Como está sua memória?	0	(1)	2	3
14. Você perdeu o interesse em coisas que você costumava fazer?	0	(1)	2	3

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Responda as questões:				6. Você tem ou teve familiar com depressão?		(SIM)	(NÃO)
1. Você tem fobia (medo) de altura?	(SIM)	(NÃO)	7. Você tem ou teve familiar com doença mental?	(SIM)	(NÃO)		
2. Você tem fobia (medo) a espaços confinados?	(SIM)	(NÃO)	8. Você faz uso de medicamentos controlados?	(SIM)	(NÃO)		
3. Você tem ou teve Síndrome do Pânico?	(SIM)	(NÃO)	9. Você tem ou já teve crises convulsivas?	(SIM)	(NÃO)		
4. Você tem ou teve familiar com Síndrome do Pânico?	(SIM)	(NÃO)	10. Você já teve traumatismo craniano serio com perda dos sentidos?	(SIM)	(NÃO)		
5. Você tem ou teve depressão?	(SIM)	(NÃO)	11. Você tem tonturas? Labirintite?	(SIM)	(NÃO)		

Self Report Questionnaire (SRQ) (HARDING et al., 1980)

POR FAVOR RESPONDER AS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça frequente?	(SIM)	(NÃO)	11- Tem falta de apetite?	(SIM)	(NÃO)
02- Assusta-se com facilidade?	(SIM)	(NÃO)	12- Dorme mal?	(SIM)	(NÃO)
03- Tem tremores de mão?	(SIM)	(NÃO)	13- Tem perdido o interesse pelas coisas?	(SIM)	(NÃO)
04- Tem má digestão?	(SIM)	(NÃO)	14- Você se cansa com facilidade?	(SIM)	(NÃO)
05- Tem se sentido triste ultimamente?	(SIM)	(NÃO)	15- Tem tido idéias de acabar com a vida	(SIM)	(NÃO)
06- Tem chorado mais do que de costume?	(SIM)	(NÃO)	16- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	(SIM)	(NÃO)
07- Tem dificuldade de pensar com clareza?	(SIM)	(NÃO)	17- Tem sensações desagradáveis no estômago?	(SIM)	(NÃO)
08- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	(SIM)	(NÃO)	18- Tem dificuldades para tomar decisões?	(SIM)	(NÃO)
09- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(SIM)	(NÃO)	19- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(SIM)	(NÃO)
10- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	(SIM)	(NÃO)	20- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(SIM)	(NÃO)

DISTÚRBO DE USO DO ALCÓOL (AUDIT)

Responda as questões:	Pontuação:	0	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool?		nunca	mensalmente ou menos	4 vezes ao mês	2-3 vezes por semana	4X ou mais por semana
2. Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias ?		1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
3. Com que frequência toma mais que 6 drinks em uma única ocasião ?		nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
4. Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou?		nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
5. Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo pela bebida?		nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
6. Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira?		nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
7. Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber?		nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
8. Com que frequência no último ano você não conseguiu se lembrar o que aconteceu na noite anterior pela bebida ?		nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
9. Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool?		não	-	sim, mas não no último ano	-	sim, no último ano
10. Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito ou sugeriu que parasse?		não	-	sim, mas não no último ano	-	sim, no último ano

TESTE DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA DE FAGERSTRÖM

Responda as questões:	Pontuação:	(3)	(2)	(1)	(0)
Depois de quanto tempo, após acordar, você acende o primeiro cigarro do dia? _____		menos de 5 minutos	de 6 a 30 minutos	de 31 a 60 minutos	mais de 60 minutos
Atualmente, quantos cigarros você fuma por dia? _____		mais de 31	de 20 a 30	de 10 a 19	menos de 10
Qual o cigarro do dia que você acha que seria mais difícil de largar? _____				o primeiro da manhã	qualquer um
Você fuma mais frequentemente (ou mais cigarros) no período da manhã do que no resto do dia? _____				sim	não
Você fumaria se estivesse doente a ponto de ficar de cama a maior parte do dia? _____				sim	não
É difícil ficar sem fumar em locais proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc.? _____				sim	não

Assinatura do(a) trabalhador(a)

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 45709

Carimbo e assinatura Médico(a) Avaliador(a)