

Protocolo:25050210025446

Data:02/05/2025

Paciente:GEONE DA SILVA FERREIRA

Nasc.:10/12/1988 RG :17934435-SSP MT

CPF:02142633129

Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 61BPM (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

5808966242450244148594

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=504389005808966242450244148594>



Cod.: 526943	Paciente: Geone da Silva Ferreira	Sexo: Masculino	Idade: 36 (A)
Atendido em: 02/05/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 02142633129	Convênio: Hismet

HEMOGRAMA

Método: Automação VIDACOUNT 860 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 02/05/2025 Liberado em: 02/05/2025 17:16

Eritrograma

		Valores de Referência
Hemácias em milhões/ mm ³:	5,37	4,30 a 5,70/mm ³
Hemoglobina em g/dL.....:	15,3	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	48,0	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	89,4	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	28,5	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	31,9	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	13,7	11,0 a 15,0%

Leucograma

Leucócitos.....:	4.120/mm³		3.500 a 10.000/mm ³
Neutrófilos.....:	69,9%	2.880/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.....:	69,9%	2.880/mm³	50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	0,4%	16/mm³	2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	0,2%	8/mm³	0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos.....:	26,9%	1.108/mm³	25 a 35 1000 a 3500
Linfócitos atípicos.....:	0,0%	0/mm³	0 0
Monócitos.....:	2,6%	107/mm³	2 a 10 400 a 1000

Plaquetas

Plaquetas.....:	227.000/mm³	150.000 a 450.000/mm ³
VPM.....:	9,7/fl	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	0,221%	0,10 a 0,50%
PDW.....:	14,9	15,0 a 17,9%



Assinado Digitalmente


Dr. Bruno Bini Napoleão
Biomédico
CRBM - 2121

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



ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 07358761021590 Fantasia : COMERCIAL GERDAU
Razão Social : GERDAU ACOS LONGOS S.A.
Endereço : R GASPAR CONQUEIRO N.º 255 Complemento :
Cidade / UF : MOGI DAS CRUZES / SP CEP : 08730480

Funcionário

Nome : Geone da Silva Ferreira Setor: GERAL
CPF : 02142633129 Cargo: OPERADOR CORTE DOBRA
RG : 17934435 / SSP MT Nascimento: 10/12/1988

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/10

OE: 20/10

COM CORREÇÃO

OD: /

OE: /

Perto

Método de avaliação : Tabela de Jaeger

CORREÇÃO : NÃO

RESULTADO OLHO DIREITO : J1

RESULTADO OLHO ESQUERDO : J1

Teste Cromático

Visão Cromatica: NORMAL

Usa lente/óculos: Não

Resultado: NORMAL

Cuiabá 2 de maio de 2025

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior

CRM-MT 15709

Autenticação Assinatura :D45587EA15197A0CA53C791D93BB6FE7
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

Teste auto aplicado pelo trabalhador para avaliação de fatores psicossociais
 Recomendado na avaliação médica para atividades de risco crítico (NR33, NR35 e outras)

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome Guene Da Silva Ferreira Data da aplicação / /
 Empresa Gerdau Aço Longosa Função Operador Corte de Aço Idade 36 Sexo M

2 - ANTECEDENTES

01) Possui algum antecedente psiquiátrico:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, quais?
02) Possui familiares com antecedentes psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Se sim, quais?
03) Você já teve convulsões?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, quando?
04) Você faz uso de bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Até 2 vezes por semana <input checked="" type="checkbox"/> 3 vezes por semana ou mais
05) Você faz uso de alguma droga?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por mês Qual (is)?
06) Você faz uso de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Uso contínuo <input checked="" type="checkbox"/> Eventual Qual (is)? <u>Penicilina</u>
07) Sente efeitos colaterais desse medicamento?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual (is)?
08) É fumante?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Há quanto tempo? <u>6A</u> Quantos cigarros por dia? <u>6</u>

3 - PERCEPÇÕES

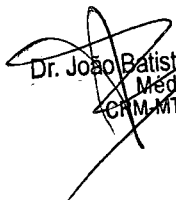
Responda às questões abaixo:	Nunca	Raramente	Com frequência	Sempre
01) Costuma ouvir vozes de pessoas que não estão presentes?	<input checked="" type="checkbox"/>			
02) Enxerga vultos ou tem visões?		<input checked="" type="checkbox"/>		
03) Sente-se perseguido?	<input checked="" type="checkbox"/>			
04) Sente-se obrigado a agir contra a sua vontade?	<input checked="" type="checkbox"/>			

4 - FATORES RELACIONADOS AO TRABALHO (desconsiderar em caso de admissional)

01) Você se sente muito pressionado em relação ao tempo que deve executar suas tarefas?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
02) Você tem a percepção de que algumas das tarefas que lhe são exigidas são impossíveis de se realizar?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
03) Você considera que as suas relações e condições de trabalho não são saudáveis?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
04) Você considera que a cada dia suas tarefas estão mais complexas?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
05) Houve diminuição de empregados no seu setor para as mesmas atividades, sobrecarregando você?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
06) Você se sente bastante inseguro para realizar as suas atividades do dia a dia?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
07) Você considera extremamente difícil equilibrar sua vida pessoal com a sua atividade profissional?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
08) Você considera que suas atividades no trabalho são exageradamente monótonas?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
09) Você considera seu ambiente de trabalho agressivamente competitivo?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
10) Você considera de baixa qualidade o trabalho que você executa?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim

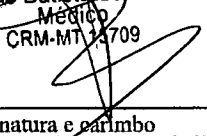
5 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Costuma ter brigas ou entrar em conflito?	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Com frequência	<input type="checkbox"/> Sempre
Se sim, com quem são as brigas:	<input type="checkbox"/> Familiares (cônjuge, filhos, pais, irmãos) <input type="checkbox"/> Com amigos <input type="checkbox"/> Com colegas de trabalho <input type="checkbox"/> Com pessoas do convívio geral			


 Dr. João Batista de Almeida
 Médico
 CRM-MT 15709

6 - SINTOMAS COGNITIVOS				
Costuma ter ou sentir	Nunca	Raramente	Com frequência	Sempre
01) Ideias fixas e/ou permanentes? Qual (is)?				
02) Comportamentos compulsivos (sem controle)? Qual (is)?	/			
03) Sentimentos de tristeza e/ou desânimo?	/			
04) Crises de choro?	/			
05) Sentimentos de abandono?	/			
06) Insônia ou sono interrompido?	/			
07) Dúvidas sobre sua própria capacidade?	/			
08) Falta de apetite ou apetite excessivo?	/			
09) Vontade de isolar-se?	/			
10) Mau humor ou irritação?		/		
11) Cansaço com facilidade?	/			
12) Agressividade?	/			
13) Desejo de morrer ou de se matar?	/			
14) Preocupações permanentes? Qual (is)?	/			
15) Agitação?		/		
16) Falta de concentração?	/			
17) Medo de altura (incontrolável)?	/			
18) Medo de espaços fechados?	/			
19) Medo de escuro?	/			
20) Outros medos? Qual (is)?	/			

Assinatura do trabalhador: George de Jesus Soares

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO (funções psicofisiológicas)	
Orientação Espaço Temporal O trabalhador consegue localizar-se no tempo e no espaço? Sabe onde está, dia da semana, data, etc.?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Aspecto Geral O trabalhador está vestido de maneira adequada, sua aparência é de asscio, penteado, postura adequada durante a consulta?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Comportamento O trabalhador apresenta gesticulação normal (sem exageros ou excessivamente imóvel)? Sua face é normal, sem apresentar alterações na mímica facial?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Fala A fala é normal, sem alterações tais como aceleração, lentificação, entre outras?	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Encaminhamento	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há necessidade de encaminhamento <input type="checkbox"/> Deve ser encaminhado para a psicologia (14 ou mais itens de sintomas cognitivos acima de "com frequência" ou outra situação avaliada como preocupante pelo médico examinador, tais como uso de drogas ilícitas, efeitos adversos de medicações, condição imprópria na análise dos fatores relacionados ao trabalho, suspeita de doença mental não controlada, etc.)	
Profissional de saúde responsável pela análise	
Local e data: <u>União - MT 02/05/2025</u>	Dr. João Batista de Almeida Médico CRM-MT 14709  Assinatura e carimbo

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA (Adaptado OMS)

SETOR: GHE DATA: 02/05/2025
SEXO: masculino
NOME: Geane de Silva Fereira
DATA DE NASCIMENTO: 10/12/1988 DATA DE ADMISSÃO: 02/05/2025

QUESTIONÁRIO

1- Você tem ou teve crises (ataques, acesso, convulsão) na qual perde a consciência e cai subitamente? E na sua casa, alguém tem?

SIM NÃO

2- Você tem ou teve crises em que perde o contato com a realidade (meio) e fica como se estivesse fora do ar? E na sua casa, alguém tem?

SIM NÃO

3- Você tem ou teve crises na qual tem repuxões incontroláveis em braços, pernas, na boca ou vira a cabeça para o lado? E na sua casa, alguém tem?

SIM NÃO

4- Você tem ou teve crises de desmaio e que ao acordar nota que fez xixi ou cocô na roupa sem perceber? E na sua casa, alguém tem?

SIM NÃO

5- Você tem ou teve crises na qual sente sensação ruim de "fundeza" ou bola na "boca do estômago" e que sobe até a garganta e em seguida sai fora do ar, e depois dizem que você ficou mexendo em algo com as mãos ou mastigando ou olhando para algo distante? E na sua casa, alguém tem essas crises?

SIM NÃO

6- Algum médico ou profissional de saúde ou mesmo familiares já lhe disse que você tem ou teve convulsão febril na infância; ou durante alguma doença grave qualquer? E na sua casa, alguém teve este problema?

SIM NÃO

7- Você tem rápidos abalos tipo "choque" nos braços (as coisas caem da mão) ou pernas, com ou sem queda, principalmente pela manhã?

SIM NÃO

Informo que as respostas são verdadeiras e assumo a responsabilidade sobre a veracidade das respostas

CANDIDATO: Geane de Silva Fereira


Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Cod.: 526943	Paciente: Geone da Silva Ferreira	Sexo: Masculino	Idade: 36 (A)
Atendido em: 02/05/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 02142633129	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM

111 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 02/05/2025 Liberado em: 02/05/2025 16:55

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dL



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



GERDAU

TESTE DE EPWORTH (ESCALA DE SONOLÊNCIA)

SETOR:

GHE

DATA: 02/05/2025

SEXO: Masculino

NOME: Guene da Silva Ferreira

DATA DE NASCIMENTO: 10/12/1988

DATA DE ADMISSÃO: 02/05/2025

QUESTIONÁRIO

Qual a possibilidade de você cochilar ou adormecer nas seguintes situações?

Situações	Chance de cochilar - 0 a 3
1. Sentado e lendo	0
2. Vendo televisão	0
3. Sentado em lugar público sem atividades como sala de espera, cinema, teatro, igreja	3
4. Como passageiro de carro, trem ou metrô andando por uma hora sem parar	0
5. Deitado para descansar a tarde	0
6. Sentado e conversando com alguém	0
7. Sentado após uma refeição sem álcool	0
8. No carro parado por alguns minutos durante o trânsito	0
Total	3

0 - nenhuma chance de cochilar

1 - pequena chance de cochilar

2 - moderada chance de cochilar

3 - alta chance de cochilar

Dez ou mais pontos - sonolência excessiva que pode ser investigada

Informo que as respostas são verdadeiras e assumo a responsabilidade sobre a veracidade das respostas

CANDIDATO: Guene da Silva Ferreira

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709