



IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA POR IMAGEM

Avenida General Melo, N°227
Dom Aquino - Cuiabá - MT (65) 3055-5926

W2J4



FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA — CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT

Nome: JOSE MAIA DE OLIVEIRA

RG: 6355808-ssp mg

Sexo: MASCULINO

Data Nasc.: 21/11/1973

CPF: 96891220610

Controle: NÃO INFORMADO

Data

08/09/2025

Empresa: IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA E DIAG POR

Indicação: -

Função:

Raio-X digital: ☒ Sim ☐ Não

Leitura em negatoscópio: ☐ Sim ☒ Não

1A - Qualidade técnica: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Comentário: null

1B - Radiografia normal: ☒ Sim (finalizar a leitura) ☐ Não
(passe para a seção 2)

2A - Alguma anormalidade de parênquima consistente de com pneumoconiose? ☐ Sim (complete 2B e 2C)
☐ Não (passe para a seção 3)

2B - Pequenas opacidades

A) Formas e tamanhos	b) Zonas	C) Profusão
Primárias Secundárias	D E	0/- ☐ 0/0 ☐ 0/1 ☐
p ☐ s ☐ p ☐ s ☐	☐ ☐	1/0 ☐ 1/1 ☐ 1/2 ☐
q ☐ t ☐ q ☐ t ☐	☐ ☐	2/1 ☐ 2/2 ☐ 2/3 ☐
r ☐ u ☐ r ☐ u ☐	☐ ☐	3/2 ☐ 3/3 ☐ 3/+ ☐

2C - Grandes opacidades

0 ☐ A ☐ B ☐ C ☐

3A - Alguma anormalidade pleural consistente com pneumoconiose? ☐ Sim (complete 3B, 3C e 3D)
☐ Não (passe para a seção 4)

3B - Placas ☐ Sim ☐ Não

Local	Calcificação	Extensão da parede (combinado perfil e frontal)	Largura (opcional) (mínimo de 3mm para
Parede em perfil	0 ☐ D ☐ E ☐	0 ☐ D ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	D ☐ A ☐ B ☐ C ☐
Frontal	0 ☐ D ☐ E ☐	0 ☐ E ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	E ☐ A ☐ B ☐ C ☐
Diafragma	0 ☐ D ☐ E ☐	Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 à 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3	Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 à 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3
Outros locais	0 ☐ D ☐ E ☐		

3C - Obliteração do seio 0 ☐ D ☐ E ☐

3D - Espessamento pleural ☐ Sim ☐ Não

Local	Calcificação	Extensão da parede (combinado perfil e frontal)	Largura (opcional) (mínimo de 3mm para
Parede em perfil	0 ☐ D ☐ E ☐	0 ☐ D ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	D ☐ A ☐ B ☐ C ☐
Frontal	0 ☐ D ☐ E ☐	0 ☐ E ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	E ☐ A ☐ B ☐ C ☐
		Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 à 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3	3 à 5 mm = a 5 à 10 mm = b > 10 mm = c

4A - Outras anormalidades? ☐ Sim (complete 4B) ☐ Não (finalizar leitura)

4B - Símbolos: (*) od: Necessário um comentário.

aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb	od
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Descrição do item 4B: aa = Aorta aterosclerótica | at = Espessamento pleural apical significativo | ax = Coalescência de pequenas opacidades | bu = Bolhas | ca = Câncer | cg = Nódulos não pneumoconióticos calcificados | cn = Calcificação de pequenas opacidades pneumoconióticas | co = Anormalidade de forma e tamanho do coração | cp = Cor pulmonale | cv = Cavidade | di = Distorção significativa de estrutura intratorácica | ef = Derrame pleural | em = Enfisema | es = Calcificações em casca de ovo | fr = Fratura(s) de costela(s) recente(s) ou consolidada(s) | hi = Aumento de gânglios hilares e/ou mediastinais | ho = Faveolamento | id = Borda diafragmática mal definida | ih = Borda cardíaca mal definida | kl = Linhas septais (kerley) | me = Mesotelioma | od = Outras doenças | pa = Atelectasia laminar | pb — Banda(s) parenquimatosa(s) | pi = Espessamento pleural de cisura(s) interlobar(es) | px = Pneumotórax | ra = Atelectasia redonda | rp — Pneumoconiose reumatóide | tb = Tuberculose

4C - Comentários:

Belo Horizonte, segunda-feira, 8 de
setembro de 2025
14:18:49

Dra. Susana Trigo Bianchessi
CRM 97179
Assinatura eletrônica
DRA SUSANA TRIGO
97179

Protocolo:250908122404

Data:08/09/2025

Paciente:JOSE MAIA DE OLIVEIRA

Nasc.:21/11/1973 RG :6355808-ssp mg

CPF:96891220610

Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 59BPM (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.

RITMO SINUSAL.

SÂQRS = +30° (NORMAL = 0 A 90°, ALGUNS AUTORES CONSIDERAM NORMAL = -30 A +110°).

Impressão diagnóstica

RITMO SINUSAL

SUGESTIVA ZONA ELETRICAMENTE INATIVA INFERIOR

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

Dr. Jamila L. Xavier
RQE 4016 MT

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=485503479017369940084190340456>

CRM-MT 6422

AV. GENERAL MELLO, 227 - POÇÃO - CEP 78015-300 - CUIABÁ - MT

FONE: (65) 3055-2051 - IMAGGI@IMAGGI.COM.BR



Protocolo : 25090812245132

Data : 08/09/2025

Paciente : JOSE MAIA DE OLIVEIRA

Nasc. : 21/11/1973 RG : 6355808-ssp mg

CPF : 96891220610

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=713495131234811689654887267782>



Exame n.º :765124

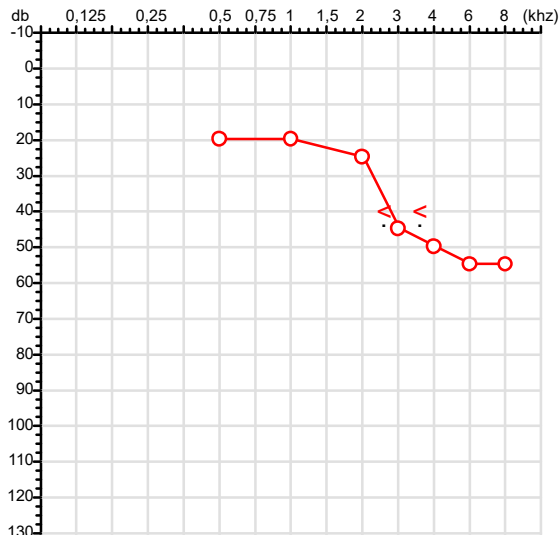
CPF :968.912.206-10
CNPJ :23.843.196/0001-81
Nascimento :21/11/1973
Motivo :Periódico
Repouso :14h
Data do Exame : 08/09/2025

Paciente :Jose Maia de Oliveira
Razão :EMAM LOGISTICA LTDA
Idade : 51 anos
Setor :GERAL
Função :MOTORISTA CARRETEIRO BITREM

RG :6355808/ssp mg

Audiometria

Orelha Direita



Aérea

KhZ	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	20	20	25	45	50	55	55

Ossea

KhZ	0,25	0,5	1	2	3	4	6
OD db	NDG	NDG	NDG	NDG	40	40	NDG

Médias Tritonais

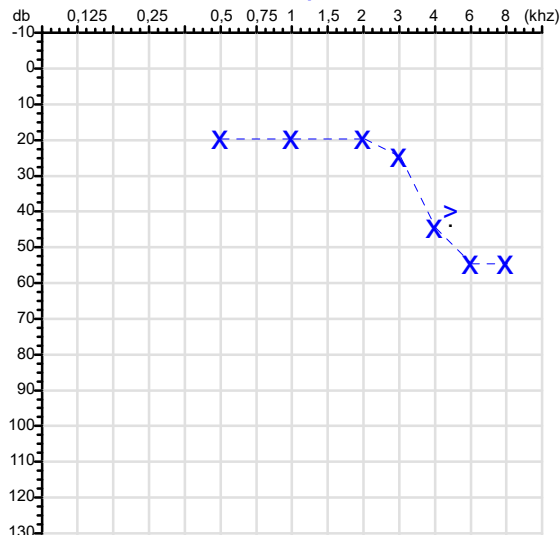
KhZ	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	20	20	25	22	45	50	55	50

Laudo Clínico OD

Alteração auditiva neurossensorial com configuração descendente acentuada

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)

Orelha Esquerda



KhZ	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OE db	NDG	20	20	20	25	45	55	55

KhZ	0,25	0,5	1	2	3	4	6
OE db	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	40	NDG

KhZ	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OE db	20	20	20	20	25	45	55	42

Laudo Clínico OE

Alteração auditiva neurossensorial com configuração descendente acentuada

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 :5CEAF428C00E45565BE62BF8432547C0

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

Jose Maia de Oliveira

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025



Cod.: 548564	Paciente: Jose Maia de Oliveira	Sexo: Masculino	Idade: 51 (A)
Atendido em: 08/09/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 96891220610	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM**100 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 08/09/2025 Liberado em: 08/09/2025 13:15

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dLDra. 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 - CREM 2121

Endereço: Av. General Vale, 350, Bandeirantes.

Telefone: 65-99295 3662

CNES: 3055612



Cod.: 548564	Paciente: Jose Maia de Oliveira	Sexo: Masculino	Idade: 51 (A)
Atendido em: 08/09/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 96891220610	Convênio: Hismet

HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 08/09/2025 Liberado em: 08/09/2025 13:13

Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias em milhões/ mm ³:	5,51	4,30 a 5,70/mm ³
Hemoglobina em g/dL.....:	15,6	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	45,7	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	82,9	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	28,3	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	34,1	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	11,7	11,0 a 15,0%

Leucograma

Leucócitos.....:	6.430/mm³	3.500 a 10.000/mm ³
Neutrófilos.....:	51,6%	3.318/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.....:	51,6%	3.318/mm³ 50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	4,2%	270/mm³ 2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	0,8%	51/mm³ 0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos....:	33,4%	2.148/mm³ 25 a 35 1000 a 3500
Linfócitos atípicos...:	0,0%	0/mm³ 0 0
Monócitos.....:	10,0%	643/mm³ 2 a 10 400 a 1000

Plaquetas

Plaquetas.....:	214.000/mm³	150.000 a 450.000/mm ³
VPM.....:	10,1/fl	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	0,220%	0,10 a 0,50%
PDW.....:	11,8	15,0 a 17,9%


Letícia Rodrigues Souza
 Biomédica
 CRBM 25498

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 - CREM 2121

Endereço: Av. General Vale, 350, Bandeirantes.

Telefone: 65-99295 3662

CNES: 3055612

QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

Nome: Jose Maia de Oliveira
Empresa: Emam Logística Ltda
Unidade: Filial - Ibirité
Função: Motorista Bitrem
Conveniado: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda

Idade: 51
CPF: 968.912.206-10
CNPJ: 11.105.987/0004-78
Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada
Ocorrência: Periódico

Data: 08/09/2025

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

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: 1

	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 estiver de 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

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 16709

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 sério 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 ÀS 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 FAGERSTROM

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

Jose Maia de Oliveira

Assinatura do Empregado

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Dr. João Batista de Almeida

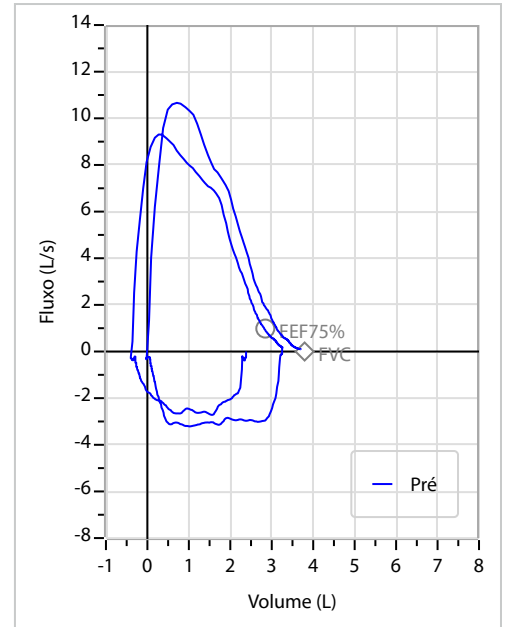
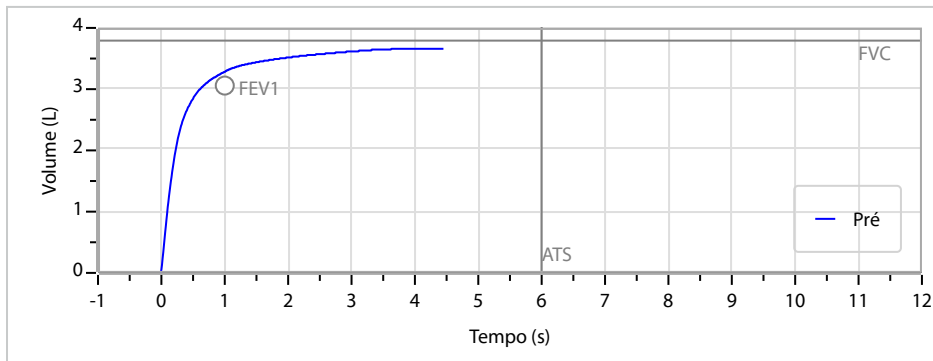
Médico
CRM-MG 15709

Médico Avaliador

Nome	JOSE MAIA OLIVEIRA		ID1	765124	Sexo	Masculino	Idade	51,7	Peso (kg)	89,00	Altura (cm)	165,0
Agrupamento	--	D.O.B.	21/11/1973	--	BMI (kg/m2)	32,7	Fumante	Não	Anos de Tabag...	--	Cig/Dia	--
Técnico	--	Médico	--	--	Classe 2	--	Etnia	--	Outros/Não Especificado			

CAPACIDADE VITAL FORÇADA		Imprimir Resultado dos testes	Definir previsão	Posição do Teste
		11:32	GLI	SENTADO

		Meas.	Pred	% Pred	z score
FVC	L	3,74	3,79	99	
FEV1	L	3,36	3,06	110	
FEV1/FVC%	%	89,8	80,6	111	
FEV1/Vcmax%	%	89,8	80,6	111	



Interpretação

O indivíduo tem uma relação FEV1/FVC% de 89,8% e um valor FVC de 3,74 L que estão dentro dos limites normais. Os resultados do teste indicam uma ESPIROMETRIA NORMAL

Assinatura: _____