



# IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA POR IMAGEM

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

DFC6



## FOLHA DE LEITURA RADIOLOGICA — CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT

Nome: PEDRO JUNIO OLIVEIRA DA SILVA RG: NÃO INFORMADO Sexo: MASCULINO

Data Nasc.: 29/06/2000 CPF: 02951073160 Controle: NÃO INFORMADO Data 19/02/2026

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	Até 1/4 da parede lateral = 1
Outros locais	0 [ ] D [ ] E [ ]	1/4 à 1/2 da parede lateral = 2	1/4 à 1/2 da parede lateral = 2
		> 1/2 da parede lateral = 3	> 1/2 da parede lateral = 3

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	3 à 5 mm = a
		1/4 à 1/2 da parede lateral = 2	5 à 10 mm = b
		> 1/2 da parede lateral = 3	> 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, quinta-feira, 19 de fevereiro  
de 2026  
12:22:48

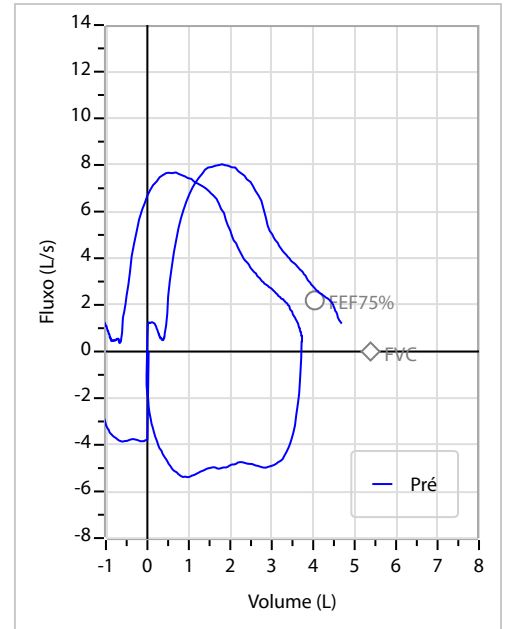
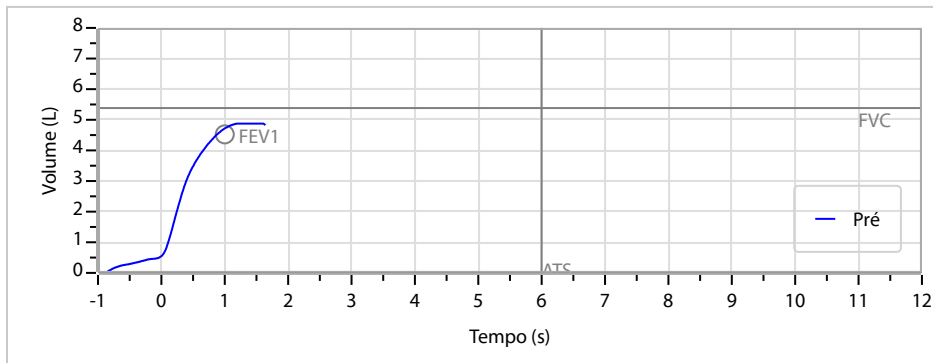
Dr Ronaldo Zupo

CRM 13252

Nome	Pedro Junio Oliveira da Silva		ID1	801224	Sexo	Masculino	Idade	25,6	Peso (kg)	95,00	Altura (cm)	182,0
Agrupamento	--	D.O.B.	29/06/2000	--	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	28,7	Fumante	Não	Anos de Tabag...	--	Cig/Dia	--
Técnico	--	Médico			Classe 2			Etnia	Outros/Não Especificado			

<b>CAPACIDADE VITAL FORÇADA</b>	Imprimir Resultado dos testes	Definir previsão	Posição do Teste
	08:30	GLI	SENTADO

	Meas.	Pred	% Pred	z score
FVC	L 4,90	5,38	91	
FEV1	L 4,72	4,52	104	
FEV1/FVC%	% 96,2	84,5	114	
FEV1/Vcmax%	% 96,2	84,5	114	



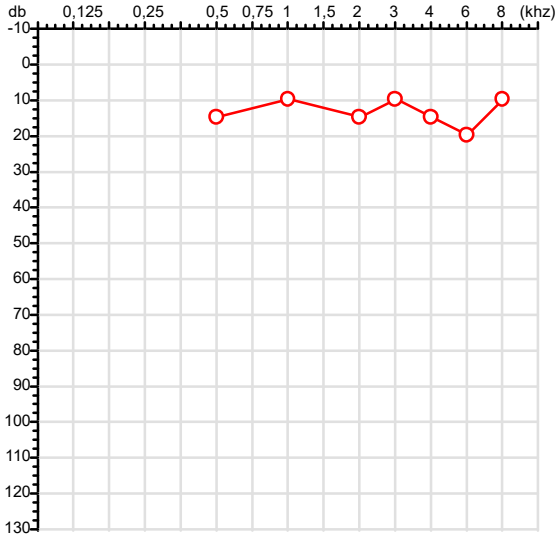
**Interpretação**

O indivíduo tem uma relação FEV1/FVC% de 96,2% e um valor FVC de 4,90 L que estão dentro dos limites normais. Os resultados do teste indicam uma **ESPIROMETRIA NORMAL**

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

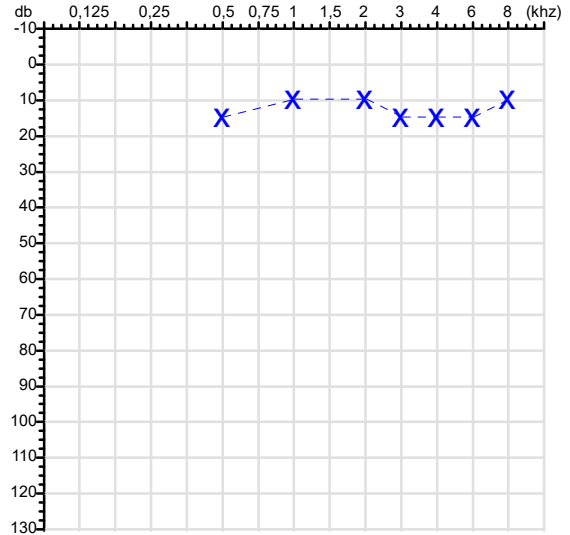
CPF :029.510.731-60 Paciente :Pedro Junio Oliveira da Silva RG :/  
 CNPJ :23.843.196/0001-81 Razão :EMAM - EMULSOES E TRANSPORTES LTDA  
 Nascimento :29/06/2000 Idade : 25 anos  
 Motivo :Mudança de Riscos Ocupacionais Ceter :GERAL  
 Repouso :14h Função :OPERADOR DE PRODUCAO  
 Data do Exame : 19/02/2026

**Orelha Direita**



**Audiometria**

**Orelha Esquerda**



**Aérea**

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	15	10	15	10	15	20	10

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OE db	NDG	15	10	10	15	15	15	10

**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	15	10	15	13	10	15	20	15

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OE db	15	10	10	12	15	15	15	15

**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 :EF64B901F4D5E86EE29679913DC52903  
 Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

*Pedro Junio Oliveira da Silva*  
 \*\* Assinado por biometria \*\*

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM  
 Última Aferição :12/08/2025

Protocolo:26021909121446

Data:19/02/2026

Paciente:Pedro Junio Oliveira da Silva

Nasc.:29/06/2000 RG :-

CPF:02951073160

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 = +90° (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*

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=29953571032951073160&sig=meina>

CRM-MT 6422

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

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



Cod.: 571603	Paciente: <b>Pedro Junio Oliveira da Silva</b>	Sexo: Masculino	Idade: 25 (A)
Atendido em: 19/02/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 02951073160	Convênio: Hismet

## GLICOSE EM JEJUM

**74 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 19/02/2026 Liberado em: 19/02/2026 11:50

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

**79 mg/dL**

18/07/2025



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

Cod.: 571603	Paciente: <b>Pedro Junio Oliveira da Silva</b>	Sexo: Masculino	Idade: 25 (A)
Atendido em: 19/02/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 02951073160	Convênio: Hismet

## HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 19/02/2026 Liberado em: 19/02/2026 11:56

### Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias em milhões/ mm <sup>3</sup> .....:	<b>5,46</b>	4,30 a 5,70/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina em g/dL.....:	<b>15,6</b>	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	<b>43,5</b>	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	<b>79,7</b>	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	<b>28,6</b>	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	<b>35,9</b>	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	<b>11,7</b>	11,0 a 15,0%

### Leucograma

Leucócitos.....:	<b>6.630/mm<sup>3</sup></b>	3.500 a 10.000/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....:	<b>54,6%</b>	<b>3.620/mm<sup>3</sup></b> 50 a 70 2000 a 7000
Blastos.....:	<b>0,0%</b>	<b>0/mm<sup>3</sup></b> 0 0
Promielocitos.....:	<b>0,0%</b>	<b>0/mm<sup>3</sup></b> 0 0
Mielocitos.....:	<b>0,0%</b>	<b>0/mm<sup>3</sup></b> 0 0
Metamielocitos.....:	<b>0,0%</b>	<b>0/mm<sup>3</sup></b> 0 0
Bastões.....:	<b>0,0%</b>	<b>0/mm<sup>3</sup></b> 0 a 6 0 a 600
Segmentados.....:	<b>54,6%</b>	<b>3.620/mm<sup>3</sup></b> 50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	<b>5,1%</b>	<b>338/mm<sup>3</sup></b> 2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	<b>0,8%</b>	<b>53/mm<sup>3</sup></b> 0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos.....:	<b>30,8%</b>	<b>2.042/mm<sup>3</sup></b> 25 a 35 1000 a 3500
Linfócitos atípicos.....:	<b>0,0%</b>	<b>0/mm<sup>3</sup></b> 0 0
Monócitos.....:	<b>8,7%</b>	<b>577/mm<sup>3</sup></b> 2 a 10 400 a 1000

### Plaquetas

Plaquetas.....:	<b>293.000/mm<sup>3</sup></b>	150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup>
VPM.....:	<b>10,0/fl</b>	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	<b>0,290%</b>	0,100 a 0,500%
PDW.....:	<b>11,6</b>	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



Cod.: 571603	Paciente: <b>Pedro Junio Oliveira da Silva</b>	Sexo: Masculino	Idade: 25 (A)
Atendido em: 19/02/2026	Profissional Solicitante: Dr. (a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 02951073160	Convênio: Hismet

**MANGANES - SERICO****0,6** µg/L

Método: ESPECTROMETRIA DE MASSAS COM PLASMA INDUTIVAMENTE ACOPLADO - ICP/MS Material: soro - tubo Trace Coletado em: 19/02/2026 Liberado em: 21/02/2026 09:25

Valores de Referência:  
Até 2,0 µg/L

"Metodologia desenvolvida e validada in house seguindo protocolos de validação nacionais e internacionais."

Resultado transcrito do Laboratório Diagnósticos do Brasil.

Histórico de Resultados

**Inferior a 0,1 µg/L**  
18/07/2025

Suzane Naiara dos Santos Duarte  
Biomédica  
CRBM - 25964

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: Pedro Junio Oliveira Silva Idade: 25 CPF: 029.510.731-60  
 Empresa: Emam - Emulsões e Transportes Ltda CNPJ: 04.420.916/0003-13  
 Unidade: Filial - Várzea Grande Setor: Mão de Obra Fábrica  
 Função: Operador de Produção Ocorrência: Mudança de Risco Ocupacional  
 Conveniada: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda Data: 19/10/2026

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

### SINTOMAS FÍSICOS

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

### SINTOMAS MENTAIS

	0	1	2	3
9. Você tem dificuldade de concentração?	0	X 1	2	3
10. Você tem problemas em pensar claramente?	0	X 1	2	3
11. Você comete erros, sem intenção, na sua língua (Português) quando você fala?	0	X 1	2	3
12. Você acha mais difícil de encontrar a palavra correta?	0	X 1	2	3
13. Como está sua memória?	0	1	X 2	3
14. Você perdeu o interesse em coisas que você costumava fazer?	0	1	X 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) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	7. Você tem ou teve familiar com doença mental?	(SIM) <input type="checkbox"/>	(NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>
2. Você tem fobia (medo) a espaços confinados?	(SIM) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	8. Você faz uso de medicamentos controlados?	(SIM) <input type="checkbox"/>	(NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>
3. Você tem ou teve Síndrome do Pânico?	(SIM) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	9. Você tem ou já teve crises convulsivas?	(SIM) <input type="checkbox"/>	(NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>
4. Você tem ou teve familiar com Síndrome do Pânico?	(SIM) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	10. Você já teve traumatismo craniano sério com perda dos sentidos?	(SIM) <input type="checkbox"/>	(NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>
5. Você tem ou teve depressão?	(SIM) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	11. Você tem tonturas? Labirintite?	(SIM) <input type="checkbox"/>	(NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>

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

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

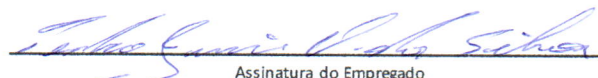
01- Tem dores de cabeça frequente?	(SIM) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	11- Tem falta de apetite?	(SIM) <input type="checkbox"/>	(NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>
02- Assusta-se com facilidade?	(SIM) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>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

**DISTURBIO DE USO DO ALCÓOL (AUDIT)**

Responda as questões:	Pontuação:	0	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool?		nunca <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
5. Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo pela bebida?		nunca <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
7. Com que frequência no último ano você sentiu remorso após beber?		nunca <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/>	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
9. Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool?		não <input checked="" type="checkbox"/>	-	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 <input checked="" type="checkbox"/>	-	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 <input checked="" type="checkbox"/>
Você fumaria se estivesse doente a ponto de ficar de cama a maior parte do dia?				sim	não <input checked="" type="checkbox"/>
É difícil ficar sem fumar em locais proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc.?				sim	não <input checked="" type="checkbox"/>

2 

Assinatura do Empregado

**OBSERVAÇÕES MÉDICAS**

Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709

Médico Avaliador



## ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 04420916000313 Fantasia : EMAM ASFALTOS LTDA.  
Razão Social : EMAM - EMULSOES E TRANSPORTES LTDA  
Endereço : AV AMAZONAS N.º 2904 Complemento : SALA 215  
Cidade / UF : BELO HORIZONTE / MG CEP : 30411186

### Funcionário

Nome : Pedro Junio Oliveira da Silva Setor: GERAL  
CPF : 02951073160 Cargo: OPERADOR DE PRODUCAO  
RG : / Nascimento: 29/06/2000

### 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 19 de fevereiro de 2026

  
Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior  
CRM-MT 15709  
NIS 269.85078.64-6

Autenticação Assintatura :FD131F6A023356E5724632403F3AA922  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Protocolo:26021909340746

Data:19/02/2026

Paciente:Pedro Junio Oliveira da Silva

Nasc.:29/06/2000 RG :-

CPF:02951073160

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=089385316464831724275428667956>

