



## 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 : Ozeias da Silva Pinheiro Setor: GERAL  
CPF : 46664050200 Cargo: MOTORISTA DE CARRETA  
RG : / Nascimento: 26/12/1972

### Ficha de Acuidade Visual

#### Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

##### SEM CORREÇÃO

OD: 20/15

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

Cuiabá 24 de fevereiro de 2026

Resultado: NORMAL

  
Dr. Rafael Correa da Costa  
Médico - CRM-MT 8885  
Clínica Médica - RQE 6747  
Médico do Trabalho - RQE 6179  
Hismet - Medicina do Trabalho - 65-3321 7051

Dr. Rafael Corrêa da Costa  
CRM-MT 8885 RQE 6179  
NIS 267.88034.91-3

Autenticação Assinatura :EF8992F5DBAE9BD8769F9AF10AC1BC96  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>



# AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nome: Ozeias da Silva Pinheiro  
 Empresa: Emam Logística Ltda  
 Unidade: Filial - Várzea Grande  
 Função: Motorista de Carreta  
 Conveniado: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda

Idade: 53  
 CPF: 466.640.502-00  
 CNPJ: 11.105.987/0003-97  
 Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada  
 Ocorrência: Admissional

## ANAMNESE AUDIOLÓGICA OCUPACIONAL

Atualmente, apresenta alguma queixa auditiva?  Sim  Não

Plenitude Auricular:  Direita  Esquerda  
 Otalgia:  Direita  Esquerda  
 Coceira nos M.A.E.:  Direita  Esquerda  
 Otorréia:  Direita  Esquerda  
 Outros: \_\_\_\_\_

### SAÚDE AUDITIVA:

Histórico de Otalgia?  Sim  Não  Não sabe  
 Histórico de Otorréia?  Sim  Não  Não sabe  
 Cirurgia Otorrinolaringológica?  Sim  Não  Não sabe  
 Histórico de Trauma Acústico?  Sim  Não  Não sabe  
 Experiência de M.T.L?  Sim  Não  Não sabe  
 Histórico de Vertigem / tontura / Labirintopatia?  Sim  Não  Não sabe

Zumbido?  Sim  Não  Esporádico  Constante  Direita  Esquerda  Bilateral

Período mais perceptível: \_\_\_\_\_

Qual a impressão sobre sua acuidade auditiva?  
 Direita  Boa  Média  Ruim  Não sabe  
 Esquerda  Boa  Média  Ruim  Não sabe

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Fator associando a má impressão sobre Acuidade Auditiva: \_\_\_\_\_

### SAÚDE PESSOAL:

Prematuridade  Sim  Não  Não Sabe  
 Hipertensão  Sim  Não  Não Sabe  
 Caxumba  Sim  Não  Não Sabe  
 Diabetes  Sim  Não  Não Sabe  
 Sarampo  Sim  Não  Não Sabe  
 TCE  Sim  Não  Não Sabe  
 Meningite  Sim  Não  Não Sabe  
 Alergias respiratórias  Sim  Não  Não Sabe  
 Sífilis  Sim  Não  Não Sabe  
 Problemas cardiovasculares  Sim  Não  Não Sabe

Está em uso regular de medicamento?  Sim  Não  
 Tabagismo  Sim  Não  
 Etilismo  Sim  Não  
 Vitiligo  Sim  Não  
 Outros: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Perda auditiva  Sim  Não  Não sabe  
 Labirintopatia  Sim  Não  Não sabe  
 Diabetes  Sim  Não  Não sabe  
 Outros: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO OCUPACIONAL:

Tempo total na função: 23 ANOS Tempo total na empresa: \_\_\_\_\_ Tempo total de exposição ao ruído: \_\_\_\_\_  
 Contato direto ou indireto com substâncias ototóxicas  Sim  Não  
 Uso de E. P. A  Plug  Concha  Não  
 Observações: \_\_\_\_\_

### EXPOSIÇÃO A RUÍDO EXTRA-LABORAL:

Uso de fone de ouvido do tipo Walkman, celular, Ipod, entre outros  Sim  Não  
 Toca instrumento musical  Hobby  Em banda  Não  
 Frequenta locais com NPSE (bares, boates, clube de tiro ou utiliza fogos de artifícios e/ou rojões)  Sim  Não  
 Utiliza motocicleta para descolamento ou similar?  Sim  Não  
 Outros: \_\_\_\_\_

Conclusão em: 24/02/2026

Carimbo e assinatura do Médico(a) ou Fonoaudiólogo(a)

Assumo a veracidade das informações acima prestadas.

Data: 24/02/2026

Ozeias da Silva Pinheiro

Unidade Matriz  
Belo Horizonte/MG  
(31) 3371-6061

Unidade Ceasa  
Contagem/MG  
(31) 3394-3812

Unidade Administrativa  
Belo Horizonte/MG  
(31) 3371-6061

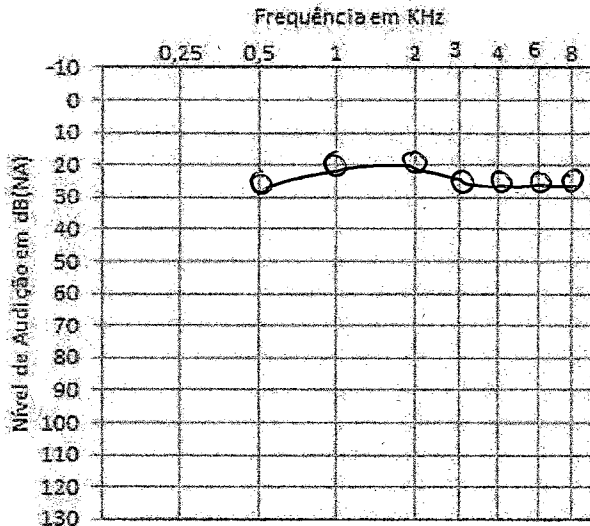
Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709

Emanuel Sempio  
Fonoaudiólogo  
Clínica e Ocupacional  
Rua: 5-5297-6

Nome: Ozeias da Silva Pinheiro  
 Empresa: Emam Logística Ltda  
 Unidade: Filial - Várzea Grande  
 Função: Motorista de Carreta  
 Conveniada: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda

Idade: 53      CPF: 466.640.502-00  
 CNPJ: 11.105.987/0003-97  
 Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada  
 Ocorrência: Admissional

**ORELHA DIREITA**



**LOGO AUDIOMETRIA**

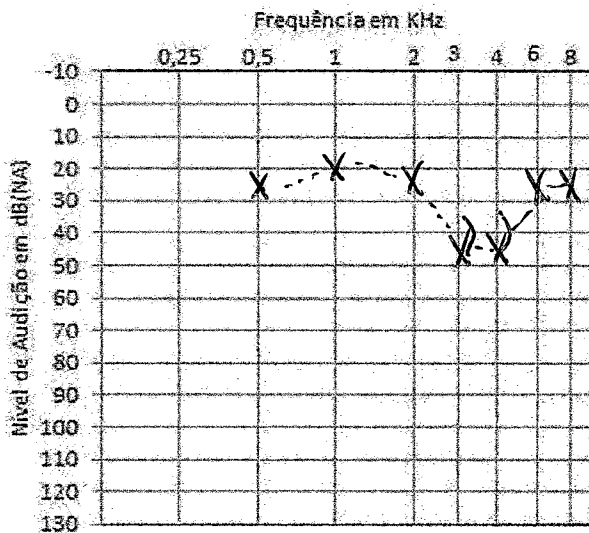
Orelha Direita

IRF	%	dBNA	Masc
Mon			
Diss			
SRT			
SDT			

Orelha Esquerda

IRF	%	dBNA	Masc
Mon			
Diss			
SRT			
SDT			

**ORELHA ESQUERDA**



**WEBER AUDIOMÉTRICO**

KHz	0,25	0,5	1	2	4
Lat					

D E I

**SINAIS CONVENCIONAIS**

	OD	OE
Via Aérea	○	X
Via Óssea	<	>
Ausência VA	∅	X
Ausência VO	S	Z

**ORELHA DIREITA**

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
VA		25	20	20	20	20	20	20
VO	-						-	-
GRAU VA								

**ORELHA ESQUERDA**

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
VA		25	20	20	45	45	20	20
VO	-				40	40	-	-
GRAU VA								

MASCARAMENTO: \_\_\_\_\_

REPOUSO AUDITIVO:  Maior que 14 horas       Menor que 14 horas

Dr. João Batista de Almeida  
 Médico  
 CRM-MT 18709

**CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS:**

Exame audiométrico realizado em cabina acústica com audiômetro VIBRASON modelo AUS 500 sendo sua última calibração em 12/07/2025, segundo ISO 8253-1 conforme diretrizes e parâmetros da portaria 19 NR-7 anexo II da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho de 22 de Abril de 1998.

**PARECER AUDIOMÉTRICO**

- ORELHA DIREITA:

Limiar Audição Normal

- ORELHA ESQUERDA:

Atenuação Audição Normal em 3 e 4 kHz

**CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO:**

Tipo: SILMAN e SILVERMANN, 1997; Grau: LLOYD e KAPLAN, 1978; Configuração: SILMAN E SILVERMANN, 1997 adaptado de CARHART, 1945 e LLOYD e KAPLAN, 1978.

**MEATOSCOPIA:**

Meato acústico Normal na orelha direita.

Meato acústico Normal na orelha esquerda.

**OBSERVAÇÕES:**

**RECOMENDAÇÕES:**

Conclusão em:

24/02/2026

**Emanuel Sempio**  
Fonoaudiólogo  
Otorrinolaringologia Clínica e Ocupacional  
Rég. Prof. OPA 5-8297-6

Carimbo e assinatura Médico(a) ou Fonoaudiólogo(a)

Declaro que nesta data realizei este exame, bem como recebi informações e orientações sobre o resultado e medidas de controle.

Data: 24/02/2026

[Assinatura]

Ozeias da Silva Pinheiro

[Assinatura]  
Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709

Protocolo:26022409255546

Data:24/02/2026

Paciente:OZEIAS DA SILVA PINHEIRO

Nasc.:26/12/1972 RG :-

CPF:46664050200

Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

### Resultado

FC = 60BPM (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 = 0° (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*

36028806822099021744376

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=878147136028806822099021744376>



Protocolo:26022608043746

Data:26/02/2026

Paciente:OZEIAS DA SILVA PINHEIRO

Nasc.:26/12/1972 RG :-

CPF:46664050200

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=865089790523708809040355186224>



Cod.: 572243	Paciente: <b>Ozeias da Silva Pinheiro</b>	Sexo: Masculino	Idade: 53 (A)
Atendido em: 24/02/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 46664050200	Convênio: Hismet

## GLICOSE EM JEJUM

**267 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 24/02/2026 Liberado em: 24/02/2026 16:01

### Resultado repetido e confirmado.

Valores de Referência:  
70 a 99 mg/dL

#### Histórico de Resultados

**204 mg/dL**  
13/12/2023

**169 mg/dL**  
11/02/2025



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.: 572243	Paciente: <b>Ozeias da Silva Pinheiro</b>	Sexo: Masculino	Idade: 53 (A)
Atendido em: 24/02/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 46664050200	Convênio: Hismet

## HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 24/02/2026 Liberado em: 24/02/2026 16:32

### Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias em milhões/ mm <sup>3</sup> .....:	<b>4,79</b>	4,30 a 5,70/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina em g/dL.....:	<b>14,3</b>	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	<b>39,7</b>	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	<b>82,9</b>	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	<b>29,9</b>	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	<b>36,0</b>	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	<b>11,5</b>	11,0 a 15,0%

### Leucograma

Leucócitos.....:	<b>5.530/mm<sup>3</sup></b>	3.500 a 10.000/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....:	<b>50,5%</b>	<b>2.793/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>50,5%</b>	<b>2.793/mm<sup>3</sup></b> 50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	<b>8,3%</b>	<b>459/mm<sup>3</sup></b> 2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	<b>0,5%</b>	<b>28/mm<sup>3</sup></b> 0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos.....:	<b>31,5%</b>	<b>1.742/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>9,2%</b>	<b>509/mm<sup>3</sup></b> 2 a 10 400 a 1000

### Plaquetas

Plaquetas.....:	<b>294.000/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>11,0</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

## QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

Nome: Ozeias da Silva Pinheiro Idade: 53 CPF: 466.640.502-00  
 Empresa: Emam Logística Ltda CNPJ: 11.105.987/0003-97  
 Unidade: Filial - Várzea Grande Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada  
 Função: Motorista de Carreta Ocorrência: Admissional  
 Conveniado: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda Data: 24/10/2026

### 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	1	2	3
2) Assistindo TV	0	1	2	3
3) Sentado em um lugar público por ex. sala de espera, igreja	1	1	2	3
4) Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	1	1	2	3
5) Sentado e conversando com alguém	1	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	1	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
<b>SINTOMAS FÍSICOS</b>				
1. Você tem problemas com cansaço?	1	1	2	3
2. Você precisa descansar mais?	0	1	2	3
3. Você se sente com sono ou sonolento?	1	1	2	3
4. Você tem problemas para começar a fazer coisas?	1	1	2	3
5. Você começa coisas sem dificuldade mas fica cansado quando você continua?	1	1	2	3
6. Você está perdendo energia?	1	1	2	3
7. Você tem menos força nos seus músculos?	1	1	2	3
8. Você se sente fraco?	1	1	2	3

### SINTOMAS MENTAIS

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

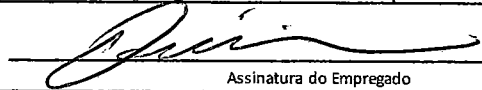
01- Tem dores de cabeça frequente?	(SIM) <input checked="" type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	11- Tem falta de apetite?	(SIM) <input checked="" type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>
02- Assusta-se com facilidade?	(SIM) <input checked="" type="checkbox"/>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

**✓ DISTÚRBO DE USO DO ALCÓOL (AUDIT)**

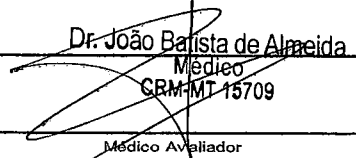
Responda as questões:	Pontuação:	0	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool?	nunca	mensalmente ou menos	4 vezes ao mês	2-3 vezes por semana	4X ou mais por semana	
2. Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais	
3. Com 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

  
Assinatura do Empregado

**OBSERVAÇÕES MÉDICAS**

  
Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709  
Médico Avaliador