



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 : Douglas Silva de Carvalho Setor: GERAL
CPF : 04434365177 Cargo: MOTORISTA TRUCK
RG : / Nascimento: 09/03/1991

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/20

OE: 20/20

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 13 de março de 2026

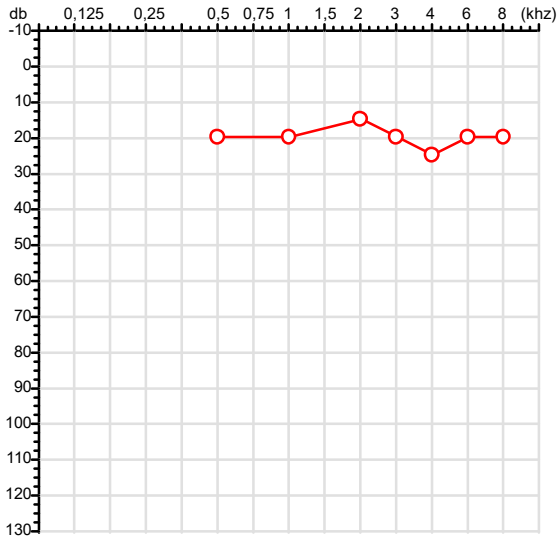
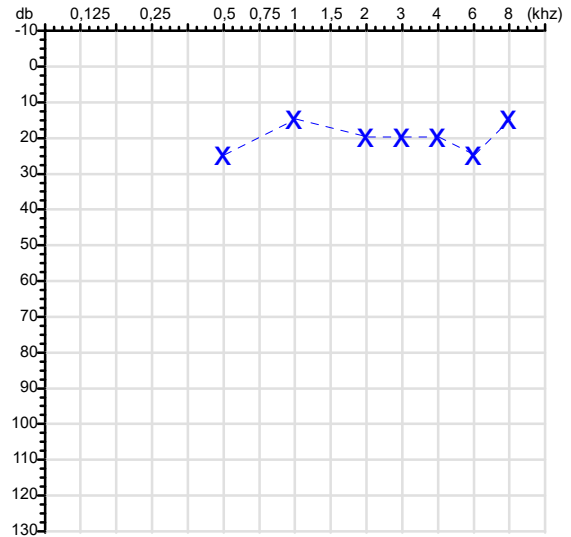

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

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

Autenticação Assintatura :46894573FC751D93A9428797FA726D91
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

CPF :044.343.651-77 Paciente :Douglas Silva de Carvalho
 CNPJ :23.843.196/0001-81 Razão :EMAM LOGISTICA LTDA
 Nascimento :09/03/1991 Idade : 35 anos
 Motivo :Periódico Setor :GERAL
 Repouso :14h Função :MOTORISTA TRUCK
 Data do Exame : 13/03/2026

RG :/

Audiometria
Orelha Direita

Orelha Esquerda

Aérea

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

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

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	20	15	18	20	25	20	22

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OE db	25	15	20	20	20	20	25	22

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 :275F5B88670249DD8FEE9279556D3FE6

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

Douglas Silva de Carvalho

**** Assinado por biometria ****

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025

Protocolo:26031610222848

Data:16/03/2026

Paciente:DOUGLAS SILVA DE CARVALHO

Nasc.:09/03/1991 RG :-

CPF:04434365177

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 = 0,08_S (NORMAL = 0,07 A 0,11S) OBS: Q PATOLÓGICA SE AMPLITUDE FOR PELO MENOS 25% DA ONDA R.

QTC = 0,36_S (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

3035275032143878609423

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=59621744835275032143878609423>

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

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



Protocolo:26031309540748

Data:13/03/2026

Paciente:Douglas Silva de Carvalho

Nasc.:09/03/1991 RG :-

CPF:04434365177

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=523928387140797395383668801470>



Cod.: 574812	Paciente: Douglas Silva de Carvalho	Sexo: Masculino	Idade: 35 (A)
Atendido em: 13/03/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 04434365177	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM

126 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 13/03/2026 Liberado em: 13/03/2026 13:43

Resultado repetido e confirmado.

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

90 mg/dL

22/03/2023

91 mg/dL

23/10/2023

96 mg/dL

07/10/2024



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

Cod.: 574812	Paciente: Douglas Silva de Carvalho	Sexo: Masculino	Idade: 35 (A)
Atendido em: 13/03/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 04434365177	Convênio: Hismet

HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 13/03/2026 Liberado em: 13/03/2026 12:00

Eritrograma

		Valores de Referência
Hemácias em milhões/ mm ³:	4,81	4,30 a 5,70/mm ³
Hemoglobina em g/dL.....:	14,8	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	42,9	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	89,2	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	30,8	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	34,5	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	12,3	11,0 a 15,0%

Leucograma

Leucócitos.....:	8.050/mm³		3.500 a 10.000/mm ³
Neutrófilos.....:	47,7%	3.840/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.....:	47,7%	3.840/mm³	50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	2,2%	177/mm³	2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	0,9%	72/mm³	0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos.....:	39,9%	3.212/mm³	25 a 35 1000 a 3500
Linfócitos atípicos.....:	0,0%	0/mm³	0 0
Monócitos.....:	9,3%	749/mm³	2 a 10 400 a 1000

Plaquetas

Plaquetas.....:	439.000/mm³	150.000 a 450.000/mm ³
VPM.....:	9,1/fl	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	0,400%	0,100 a 0,500%
PDW.....:	9,7	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

Nome: Douglas Silva de Carvalho

Empresa: Emam Logística Ltda

Unidade: Filial - Várzea Grande

Função: Motorista Truck

Conveniada: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda

Idade: 35

CPF: 044.343.651-77

CNPJ: 11.105.987/0003-97

Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada

Ocorrência: Periódico

Data: 13/03/2026

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

SINTOMAS FÍSICOS

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

SINTOMAS MENTAIS

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

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

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"/>	(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"/>	(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"/>	(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 serio com perda dos sentidos?	(SIM) <input type="checkbox"/> (NÃO) <input checked="" type="checkbox"/>	(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"/>	(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- Tem 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	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

Douglas Silva de Carvalho

Assinatura do Empregado

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

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