



## 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 : Edson Barbosa Rodrigues Setor: GERAL  
CPF : 00847525139 Cargo: MOTORISTA DE CARRETA  
RG : 16183517 / SSP MT Nascimento: 19/07/1984

### 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 23 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 Assinatura :0053516563BA2925D6B61E60037BCDB0  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

CPF :008.475.251-39 Paciente :Edson Barbosa Rodrigues RG :16183517/SSP MT  
 CNPJ :23.843.196/0001-81 Razão :EMAM LOGISTICALTDA  
 Nascimento :19/07/1984 Idade : 41 anos  
 Motivo :Mudança de Riscos Ocupacionais Ceter :GERAL  
 Repouso :14h Função :MOTORISTA DE CARRETA  
 Data do Exame : 23/03/2026

**Orelha Direita**



**Aérea**

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

**Ossea**

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

**Médias Tritonais**

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	20	15	15	17	20	20	25	22

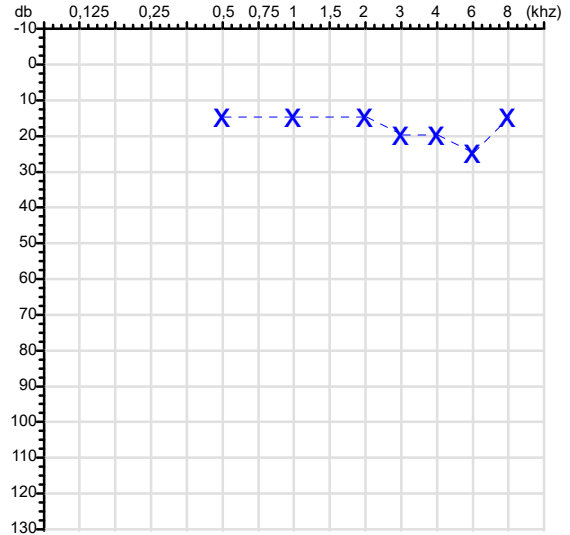
**Lauda Clínico OD**

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)

**Audiometria**

**Orelha Esquerda**



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

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

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

**Lauda 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)

*Emanuel Sempio*  
 Fonoaudiólogo  
 Audiologia Clínica e Ocupacional  
 CRFa 5-5297-8

Emanuel Sempio  
 Fonoaudiólogo  
 CRFa 5 - 5297 - 8

Assinatura eletrônica :F752A12CCED5B7225D9E198809001C0  
 Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

*Edson Barbosa Rodrigues*

\*\* Assinado por biometria \*\*

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

Protocolo:26032308585832

Data:23/03/2026

Paciente:EDSON BARBOSA RODRIGUES

Nasc.:19/07/1984 RG :16183517-SSP MT

CPF:00847525139

Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

### Resultado

FC = 75BPM (VARIA DE DE 50 A 100BPM, DE ACORDO COM AS ÚLTIMAS DIRETRIZES DE ECG DA SBC).

P-R = 0,16S (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 = 0,40S (NORMAL = 0,34 A 0,45S P/ HOMENS A 0,47S P/ MULHERES).

RITMO SINUSAL.

SÂQRS =  $-10^{\circ}$  (NORMAL = 0 A  $90^{\circ}$ , ALGUNS AUTORES CONSIDERAM NORMAL =  $-30$  A  $+110^{\circ}$ ).

Impressão diagnóstica

DENTRO DOS PARÂMETROS NORMAIS.

DRA. JAMILA LEITE XAVIER

Cardiologista CRM MT 6422 RQE 4016 MT

*Dr.ª Jamila L. Xavier*

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=017342415760072292991283862469>



Cod.: 576023	Paciente: <b>Edson Barbosa Rodrigues</b>	Sexo: Masculino	Idade: 41 (A)
Atendido em: 23/03/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 00847525139	Convênio: Hismet

## GLICOSE EM JEJUM

**128 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 23/03/2026 Liberado em: 23/03/2026 13:30

### Resultado repetido e confirmado.

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

<b>126 mg/dL</b>	<b>144 mg/dL</b>	<b>224 mg/dL</b>	<b>104 mg/dL</b>
10/05/2023	26/09/2023	11/03/2025	09/05/2025



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.: 576023	Paciente: <b>Edson Barbosa Rodrigues</b>	Sexo: Masculino	Idade: 41 (A)
Atendido em: 23/03/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 00847525139	Convênio: Hismet

## HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 23/03/2026 Liberado em: 23/03/2026 10:54

### Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias em milhões/ mm <sup>3</sup> .....:	<b>4,88</b>	4,30 a 5,70/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina em g/dL.....:	<b>13,5</b>	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	<b>38,8</b>	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	<b>79,5</b>	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	<b>27,7</b>	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	<b>34,8</b>	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	<b>13,5</b>	11,0 a 15,0%

### Leucograma

Leucócitos.....:	<b>9.350/mm<sup>3</sup></b>	3.500 a 10.000/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....:	<b>67,4%</b>	<b>6.302/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>67,4%</b>	<b>6.302/mm<sup>3</sup></b> 50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	<b>1,0%</b>	<b>94/mm<sup>3</sup></b> 2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	<b>0,3%</b>	<b>28/mm<sup>3</sup></b> 0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos.....:	<b>23,4%</b>	<b>2.188/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>7,9%</b>	<b>739/mm<sup>3</sup></b> 2 a 10 400 a 1000

### Plaquetas

Plaquetas.....:	<b>235.000/mm<sup>3</sup></b>	150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup>
VPM.....:	<b>10,5/fl</b>	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	<b>0,250%</b>	0,100 a 0,500%
PDW.....:	<b>11,8</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: Edson Barbosa Rodrigues

Empresa: Emam Logística Ltda

Unidade: Filial - Várzea Grande

Função: Motorista de Carreta

Conveniada: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda

Idade: 41

CPF: 008.475.251-39

CNPJ: 11.105.987/0003-97

Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada

Ocorrência: Mudança de Risco Ocupacional

Data: 23 / 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	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
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

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

Responda as questões:

1. Você tem fobia (medo) de altura?	(SIM)	(NÃO)	6. Você tem ou teve familiar com depressão?	(SIM)	(NÃO)
2. Você tem fobia (medo) a espaços confinados?	(SIM)	(NÃO)	7. Você tem ou teve familiar com doença mental?	(SIM)	(NÃO)
3. Você tem ou teve Síndrome do Pânico?	(SIM)	(NÃO)	8. Você faz uso de medicamentos controlados?	(SIM)	(NÃO)
4. Você tem ou teve familiar com Síndrome do Pânico?	(SIM)	(NÃO)	9. Você tem ou já teve crises convulsivas?	(SIM)	(NÃO)
5. Você tem ou teve depressão?	(SIM)	(NÃO)	10. Você já teve traumatismo craniano serio com perda dos sentidos?	(SIM)	(NÃO)
			11. Você tem tonturas? Labirintite?	(SIM)	(NÃO)

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

POR FAVOR RESPONDER AS 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)

**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 bebida?		nunca	menos que mensalmente	mensalmente	semanalmente	quase diária
7. Com que frequência no último ano você sentiu remorse 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

*Edson B Rodrigues*  
Assinatura do Empregado

**OBSERVAÇÕES MÉDICAS**

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

Médico Avaliador

Protocolo:26032308593132

Data:23/03/2026

Paciente:EDSON BARBOSA RODRIGUES

Nasc.:19/07/1984 RG :16183517-SSP MT

CPF:00847525139

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=736396489060243233159816981883>

