

**IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA POR IMAGEM**Avenida General Melo, Nº227
Dom Aquino - Cuiabá - MT (65) 3055-5926

NJCE

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

Nome: ALDAIR DA SILVA RG: NÃO INFORMADO Sexo: MASCULINO

Data Nasc.: 07/01/1964 CPF: 41802837604 Controle: NÃO INFORMADO Data 23/03/2026

Empresa: IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA E DIAG POR Indicação: - Função: -

Raio-X digital: Sim Não Leitura em negatoscópio: Sim Não1A - 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****2C - Grandes 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/+ []

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, segunda-feira, 23 de março
de 2026
12:13:48

Dr Ronaldo Zupo

CRM 13252



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 : Aldair da Silva Setor: GERAL
CPF : 41802837604 Cargo: MOTORISTA BI - TREM
RG : 6697 / Nascimento: 07/01/1964

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 23 de março de 2026

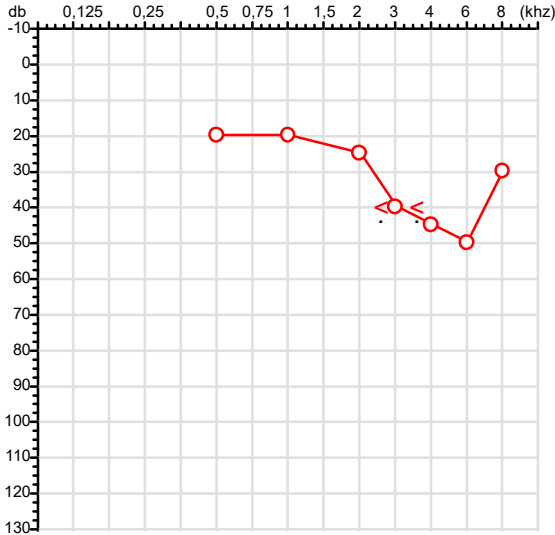

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

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

Autenticação Assintatura :B806083A2A3F19893698E5D511277313
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

CPF :418.028.376-04	Paciente :Aldair da Silva	RG :6697/
CNPJ :23.843.196/0001-81	Razão :EMAM LOGISTICA LTDA	
Nascimento :07/01/1964	Idade : 62 anos	
Motivo :Admissional	Setor :GERAL	
Reposuo :14h	Função :MOTORISTA BI - TREM	
Data do Exame : 23/03/2026		

Orelha Direita



Aérea

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	20	20	25	40	45	50	30

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	40	45	50	45

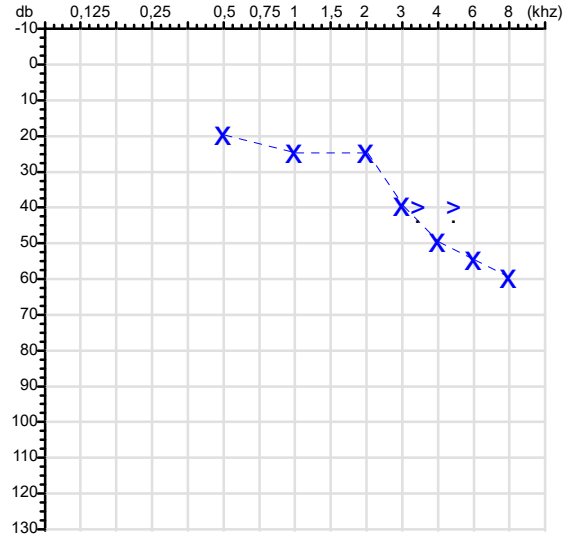
Laudo Clínico OD

Alteração auditiva neurossensorial com configuração em entalhe

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	20	25	25	40	50	55	60

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

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OE db	20	25	25	23	40	50	55	48

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 :94189B0AE5D9C8A50A51582C7262E9D0
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Aldair da Silva

** Assinado por biometria **

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

Protocolo:26032309121846

Data:23/03/2026

Paciente:ALDAIR DA SILVA

Nasc.:07/01/1964 RG:6697-

CPF:41802837604

Exame:ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 54BPM (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 = 0,10S (NORMAL = 0,07 A 0,11S) OBS: Q PATOLÓGICA SE AMPLITUDE FOR PELO MENOS 25% DA ONDA R.

RITMO SINUSAL.

SÂQRS = -60° (NORMAL = 0 A 90° , ALGUNS AUTORES CONSIDERAM NORMAL = -30 A $+110^{\circ}$).

Impressão diagnóstica

RITMO SINUSAL

BLOQUEIO DIVISIONAL ANTERO-SUPERIOR ESQUERDO

DRA. JAMILA LEITE XAVIER

Cardiologista CRM MT 6422 RQE 4016 MT

Dr.ª Jamila L. Xavier

2073925591457492084507

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=960893662073925591457492084507>

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

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



Protocolo:26032309301746

Data:23/03/2026

Paciente:ALDAIR DA SILVA

Nasc.:07/01/1964 RG:6697-

CPF:41802837604

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

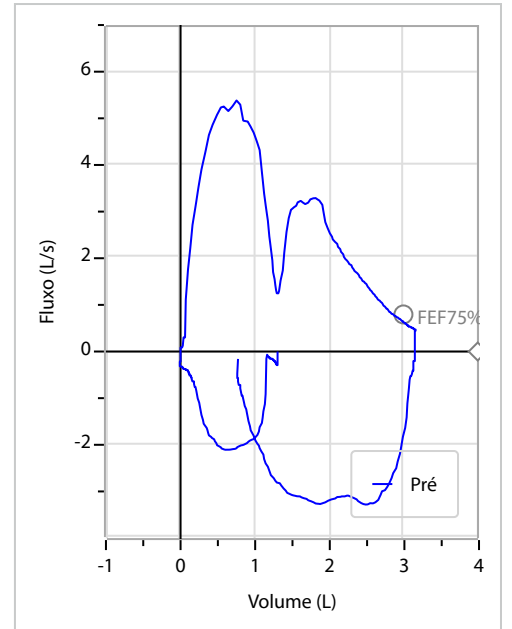
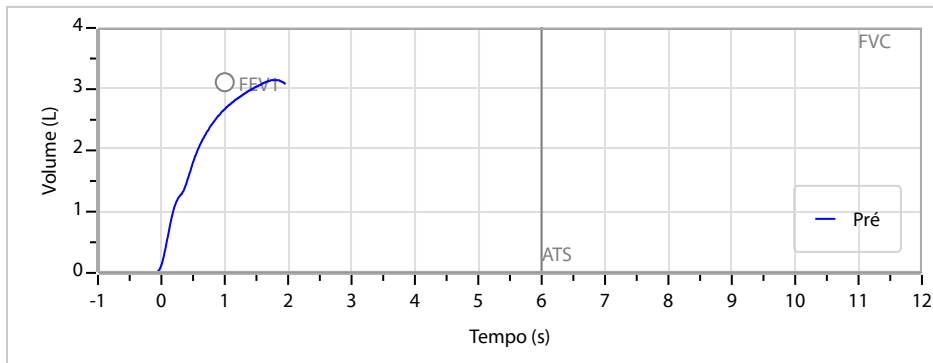
v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=502062502896640390788400684240>



Nome	ALDAIR DA SILVA		ID1	809358	Sexo	Masculino	Idade	62,2	Peso (kg)	98,00	Altura (cm)	174,0
Agrupamento	--	D.O.B.	07/01/1964	--	BMI (kg/m ²)	32,4	Fumante	Sim	Anos de Tabag...	47	Cig/Dia	25
Técnico	--	Médico	--	--	Classe 2	--	Etnia	--	Outros/Não Especificado			

CAPACIDADE VITAL FORÇADA	Imprimir Resultado dos testes	Definir previsão	Posição do Teste
	08:29	GLI	SENTADO

	Meas.	Pred	% Pred	z score
FVC	L 3,17	3,98	79	
FEV1	L 2,68	3,11	86	
FEV1/FVC%	% 84,5	78,2	108	
FEV1/Vcmax%	% 84,5	78,2	108	



Interpretação

O indivíduo tem uma relação FEV1/FVC% de 84,5% e um valor FVC de 3,17 L que estão dentro dos limites normais. Os resultados do teste indicam uma ESPIROMETRIA NORMAL

Assinatura: _____

Cod.: 576030	Paciente: Aldair da Silva	Sexo: Masculino	Idade: 62 (A)
Atendido em: 23/03/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 41802837604	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM

99 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 23/03/2026 Liberado em: 23/03/2026 11:15

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL



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.: 576030	Paciente: Aldair da Silva	Sexo: Masculino	Idade: 62 (A)
Atendido em: 23/03/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 41802837604	Convênio: Hismet

HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 23/03/2026 Liberado em: 23/03/2026 10:49

Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias em milhões/ mm ³:	5,26	4,30 a 5,70/mm ³
Hemoglobina em g/dL.....:	15,6	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	44,7	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	85,0	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	29,7	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	34,9	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	13,3	11,0 a 15,0%

Leucograma

Leucócitos.....:	6.030/mm³	3.500 a 10.000/mm ³
Neutrófilos.....:	47,8%	2.882/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.....:	47,8%	2.882/mm³ 50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	2,7%	163/mm³ 2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	1,2%	72/mm³ 0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos.....:	38,5%	2.322/mm³ 25 a 35 1000 a 3500
Linfócitos atípicos.....:	0,0%	0/mm³ 0 0
Monócitos.....:	9,8%	591/mm³ 2 a 10 400 a 1000

Plaquetas

Plaquetas.....:	234.000/mm³	150.000 a 450.000/mm ³
VPM.....:	10,0/fl	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	0,230%	0,100 a 0,500%
PDW.....:	10,4	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: Aldair da Silva
 Empresa: Emam Logística Ltda
 Unidade: Filial - Ibirité
 Função: Motorista Bitrem
 Conveniada: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda

Idade: 62
 CNPJ: 11.105.987/0004-78
 Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada
 Ocorrência: Periódico

CPF: 418.028.376-04

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. Cochi-la 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	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

SINTOMAS FÍSICOS

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

SINTOMAS MENTAIS

9. Você tem dificuldade de concentração?	2	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?	2	1	2	3
12. Você acha mais difícil de encontrar a palavra correta?	2	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

[Handwritten signature]

Dr. João Batista de Almeida
 Médico
 CRM-MT 15709

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Responda as questões:

1. Você tem fobia (medo) de altura?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	6. Você tem ou teve familiar com depressão?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
2. Você tem fobia (medo) a espaços confinados?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	7. Você tem ou teve familiar com doença mental?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
3. Você tem ou teve Síndrome do Pânico?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	8. Você faz uso de medicamentos controlados?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
4. Você tem ou teve familiar com Síndrome do Pânico?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	9. Você tem ou já teve crises convulsivas?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
5. Você tem ou teve depressão?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	10. Você já teve traumatismo craniano serio com perda dos sentidos?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
			11. Você tem tonturas? Labirintite?	(SIM)	<input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	11- Tem falta de apetite?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
02- Assusta-se com facilidade?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	12- Dorme mal?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
03- Tem tremores de mão?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	13- Tem perdido o interesse pelas coisas?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
04- Tem má digestão?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	14- Você se cansa com facilidade?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
05- Tem se sentido triste ultimamente?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	15- Tem tido idéias de acabar com a vida	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
06- Tem chorado mais do que de costume?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	16- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
07- Tem dificuldade de pensar com clareza?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	17- Tem sensações desagradáveis no estômago?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
08- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	18- Tem dificuldades para tomar decisões?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
09- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	19- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(SIM)	<input type="checkbox"/> NÃO
10- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(SIM)	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	20- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(SIM)	<input type="checkbox"/> 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 por 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?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> não		sim, mas não no último ano		sim, no último ano

TESTE DE DEPENDENCIA DE NICOTINA DE FAGERSTRÖM

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?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Você fumaria se estivesse doente a ponto de ficar de cama a maior parte do dia?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
É difícil ficar sem fumar em locais proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc.?			<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Assinatura do Empregado

OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Médico Avaliador