



## 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 : Roberto Rodrigues da Silva Setor: GERAL  
CPF : 65573706187 Cargo: MOTORISTA TRUCK  
RG : / Nascimento: 18/09/1974

## Ficha de Acuidade Visual

### Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO	COM CORREÇÃO
OD: 20/20	OD: /
OE: 20/15	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 27 de abril de 2026

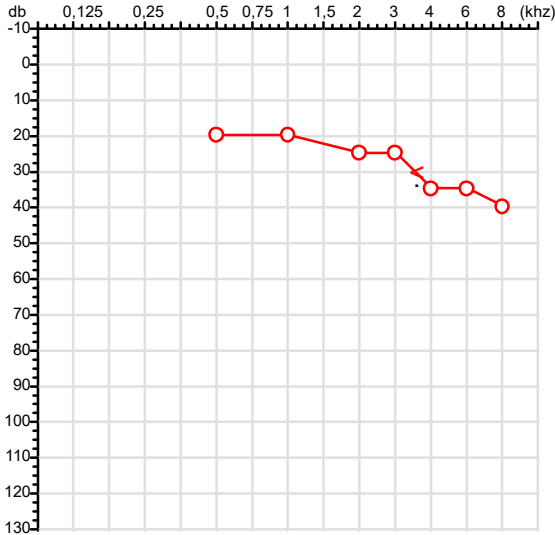
  
Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709

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

Autenticação Assinatura :82862DA3926B5A0164D1AF4993EEAEBO  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

CPF :655.737.061-87	Paciente :Roberto Rodrigues da Silva	RG :/
CNPJ :23.843.196/0001-81	Razão :EMAM LOGISTICA LTDA	
Nascimento :18/09/1974	Idade : 51 anos	
Motivo :Admissional	Setor :GERAL	
Reposuo :14h	Função :MOTORISTA TRUCK	
Data do Exame : 27/04/2026		

**Orelha Direita**



**Aérea**

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	20	20	25	25	35	35	40

**Ossea**

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6
OD db	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	30	NDG

**Médias Tritonais**

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	20	20	25	22	25	35	35	32

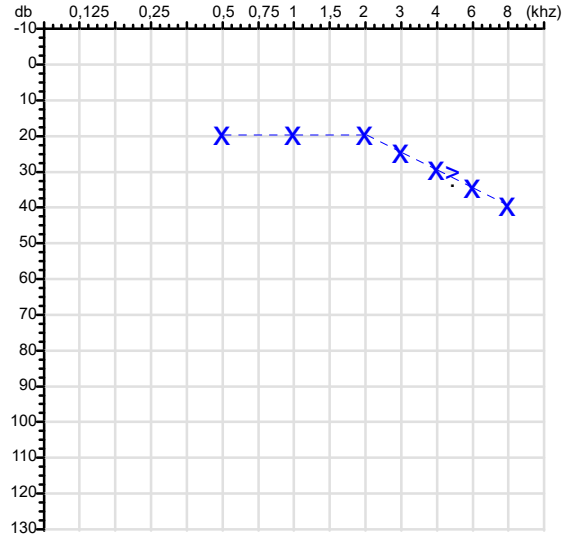
**Lauda Clínico OD**

Alteração auditiva neurossensorial com configuração descendente leve

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	20	20	25	30	35	40

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6
OE db	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	30	NDG

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OE db	20	20	20	20	25	30	35	30

**Lauda Clínico OE**

Alteração auditiva neurossensorial com configuração descendente leve

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 :92369A871A8907F41E3A8E045273BF4F  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

*Roberto Rodrigues da Silva*

\*\* Assinado por biometria \*\*

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

Protocolo:26042710050845

Data:27/04/2026

Paciente:ROBERTO RODRIGUES DA SILVA

Nasc.:18/09/1974 RG :-

CPF:65573706187

Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

### Resultado

FC = 67BPM (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 = 0,37S (NORMAL = 0,34 A 0,45S P/ HOMENS A 0,47S P/ MULHERES).

RITMO SINUSAL.

SÂQRS = +10° (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*

9323008257451426549716

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=785444479323008257451426549716>

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

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



Protocolo:26042710240545

Data:27/04/2026

Paciente:ROBERTO RODRIGUES DA SILVA

Nasc.:18/09/1974 RG :-

CPF:65573706187

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=799089333409839090707804647924>



Cod.: 580266	Paciente: <b>Roberto Rodrigues da Silva</b>	Sexo: Masculino	Idade: 51 (A)
Atendido em: 27/04/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 65573706187	Convênio: Hismet

## GLICOSE EM JEJUM

**97 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 27/04/2026 Liberado em: 27/04/2026 11:31

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

**94 mg/dL**

13/12/2022

**78 mg/dL**

28/04/2023



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.: 580266	Paciente: <b>Roberto Rodrigues da Silva</b>	Sexo: Masculino	Idade: 51 (A)
Atendido em: 27/04/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 65573706187	Convênio: Hismet

## HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 27/04/2026 Liberado em: 27/04/2026 11:25

### Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias em milhões/ mm <sup>3</sup> .....:	<b>5,34</b>	4,30 a 5,70/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina em g/dL.....:	<b>13,9</b>	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	<b>40,4</b>	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	<b>75,7</b>	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	<b>26,0</b>	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	<b>34,4</b>	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	<b>14,4</b>	11,0 a 15,0%

### Leucograma

Leucócitos.....:	<b>7.250/mm<sup>3</sup></b>	3.500 a 10.000/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....:	<b>50,2%</b>	<b>3.640/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>50,2%</b>	<b>3.640/mm<sup>3</sup></b> 50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....:	<b>1,7%</b>	<b>123/mm<sup>3</sup></b> 2 a 4 80 a 600
Basófilos.....:	<b>0,4%</b>	<b>29/mm<sup>3</sup></b> 0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos.....:	<b>37,8%</b>	<b>2.740/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>9,9%</b>	<b>718/mm<sup>3</sup></b> 2 a 10 400 a 1000

### Plaquetas

Plaquetas.....:	<b>230.000/mm<sup>3</sup></b>	150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup>
VPM.....:	<b>10,3/fl</b>	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	<b>0,240%</b>	0,100 a 0,500%
PDW.....:	<b>11,9</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: Roberto Rodrigues da Silva Idade: 51 CPF: 655.737.061-87  
 Empresa: Emam Logística Ltda CNPJ: 11.105.987/0003-97  
 Unidade: Filial - Várzea Grande Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada  
 Função: Motorista Truck Ocorrência: Admissional  
 Conveniado: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda Data: 27/04/2026

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

Responda SIM ou NÃO para as seguintes questões

1. Você leva mais de 30 minutos para a 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 FÍSICOS

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:		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)	(NÃO)
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)	(NÃO)
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)	(NÃO)
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)	(NÃO)
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)	(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 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?		quase 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 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 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?					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