

Protocolo de Avaliação dos Fatores de Risco Psicossocial

ORIENTAÇÕES

Este protocolo de avaliação psicossocial tem por objetivo auxiliar o médico na investigação dos riscos psicossociais conforme definido no item 33.3.4.1 da NR-33 e no item 35.4.1.2 da NR-35, devendo ser utilizado como instrumento de triagem para avaliações mais detalhadas.

O formulário deverá ser preenchido e assinado pelo trabalhador e avaliado pelo médico que concluirá quanto a necessidade ou não de avaliações específicas.

IDENTIFICAÇÃO

CPF:	049 92905125										INSERIR O Nº DO CPF DO FUNCIONÁRIO - INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA													
Nome: GABRIELA DA SILVA MOURA																								
RG:	31 36 079				UF / Orgão Emissor: DF			Data de Nascimento: 11 03 1996																
Estado Civil:											Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		Número de Filhos: <input type="checkbox"/>											
Procedência:																								

DADOS GERAIS

Com quem você mora atualmente:	<input type="checkbox"/> Mãe/pai	<input type="checkbox"/> Sogro/sogra	<input type="checkbox"/> Cônjugue	<input type="checkbox"/> Filhos. Quantos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros _____										
Número de comodos da casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Renda Familiar: <input type="checkbox"/> até R\$ 800 <input type="checkbox"/> de R\$ 800,00 à R\$ 1.500,00			<input type="checkbox"/> acima de R\$ 1.500,00										
Religião:	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Evangélico	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Outros _____	Praticante da Religião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
Empresa:															
Filial:	Centro de Custo:														
Setor:	Função:														

ANTECEDENTES PESSOAIS

Responda as questões abaixo:	NÃO	SIM	Se sim:		
01 - Possui algum antecedente psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is)?		
02 - Possui familiares com antecedentes psiquiátricos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is)?		
03 - Você já teve convulsões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
04 - Você faz uso de bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Até 02 vezes semana <input type="checkbox"/> Sim, 03 vezes ou mais por semana		
05 - Você faz uso de alguma droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por mês Qual(is)?		
06 - Você faz uso de algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uso contínuo <input type="checkbox"/> Eventual Qual(is)?		
07 - Sente efeitos colaterais deste medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is)?		
08 - É fumante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Há quanto tempo? _____ Quantos cigarros por dia? _____		

PERCEPÇÕES

Responda as questões abaixo:	Nunca	Raramente	Com frequência	Sempre
09 - Costuma ouvir vozes de pessoas que não estão presentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Enxerga vultos ou tem visões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Sente-se perseguido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Sente-se obrigado a agir contrário à sua vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Responda a questão abaixo:	Nunca	Raramente	Com frequência	Sempre
13 - Costuma ter brigas ou entrar em conflitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, com quem são as brigas?				
<input type="checkbox"/> Com familiares (esposa, filhos, pais, irmãos)	<input type="checkbox"/> Com amigos			
<input type="checkbox"/> Com colegas de trabalho	<input type="checkbox"/> Com pessoas do convívio geral			

Costuma ter ou sentir:	Nunca	Raramente	Com frequência	Sempre
14 - Idéias fixas e/ou permanentes Qual(is)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Comportamentos compulsivos (sem controle) - Não consegue deixar de fazer: Qual(is)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Sentimentos de tristeza e/ou desânimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Crises de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Sentimentos de abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Insônia ou sono interrompido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Dúvidas sobre a sua própria capacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Falta de apetite ou apetite excessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Vontade de isolar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Mau-humor ou irritação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Cansaço com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Agressividade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Desejo de morrer ou de se matar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - Preocupações permanentes Qual(is)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - Agitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - Falta de concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - Medo de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 - Medo de espaços fechados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 - Medo de escuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 - Outros medos (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assino como prova de ter declarado a verdade

Hismet

Local

07/01/2026

Data



Assinatura do Funcionário

Orientação Espaço Temporal:

O paciente consegue localizar-se no tempo e no espaço? Sabe onde está, dia da semana, data, etc.?

 Sim Não**Aspecto Geral:**

O paciente está vestido de maneira adequada, sua aparência é de asseio, penteado, postura adequada durante a consulta?

 Sim Não**Comportamento:**

O paciente apresenta gesticulação normal (sem exageros ou excessivamente imóvel)? Sua fascies é normal, sem apresentar alterações na sua mímica facial?

 Sim Não**Fala:**

Percebe-se alguma alteração na sua fala (aceleração ou lentidão)?

 Sim Não

Parecer: Existe a necessidade de encaminhamento do paciente para avaliação psicológica/psiquiátrica para a definição de sua aptidão para trabalhos em espaço confinado ou em altura.

Não existem indícios objetivos no momento que exijam algum encaminhamento para avaliação especializada não havendo contra-indicação para trabalhos em espaço confinado ou em altura.

Profissional de saúde responsável:

Credenciado:

<input type="text"/>													
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Hismet - Cunhaia 07/01/2026

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

Protocolo : 26010711520132

Data : 07/01/2026

Paciente : GABRIEL DA SILVA MOURA

Nasc.: 11/03/1996 RG : 3136079-SSP DF

CPF: 04792905125

Exame : ELETROENCEFALOGRAAMA 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.

ELETROENCEFALOGRAAMA DIGITAL, REALIZADO DURANTE VIGÍLIA, EM CONDIÇÕES TÉCNICAS SATISFATÓRIAS.

Impressão diagnóstica

DENTRO DOS PARÂMETROS NORMAIS.

DR. CESAR ANDROLAGE
Neurologista CRM-MT 7432 MT RQE 4011 MT
CRM-MT 7432

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=015429744781511130735745030791>

AV. GENERAL MELLO, 227 - POÇÃO - CEP 78015-300 - CUIABÁ - MT
FONE: (65) 3055-2051 - IMAGGI@IMAGGI.COM.BR



Protocolo : 26010712131232 Data : 07/01/2026

Paciente : GABRIEL DA SILVA MOURA

Nasc.: 11/03/1996 RG : 3136079-SSP DF

CPF: 04792905125

Exame : ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 78BPM (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 = 0,40S (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. Jamila L. Xavier

12200883961257147854291

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=207256412200883961257147854291>

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

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



Data da Visita	
07/01/2026	
Impresso em	
07/01/2026	
Nome	
GABRIEL DA SILVA MOURA	ID1
	788180
Agrupamento	D.O.B.
--	11/03/1996
Técnico	Médico
--	--
	Sexo
	Masculino
	Idade
	29,8
	Peso (kg)
	109,00
	Altura (cm)
	183,0
	BMI (kg/m ²)
	32,5
	Fumante
	Não
	Anos de Tabag...
	--
	Cig/Dia
	--
	Classe 2
	Etnia
	--
	Outros/Não Especificado

CAPACIDADE VITAL FORÇADA

Imprimir Resultado dos testes

Definir previsão

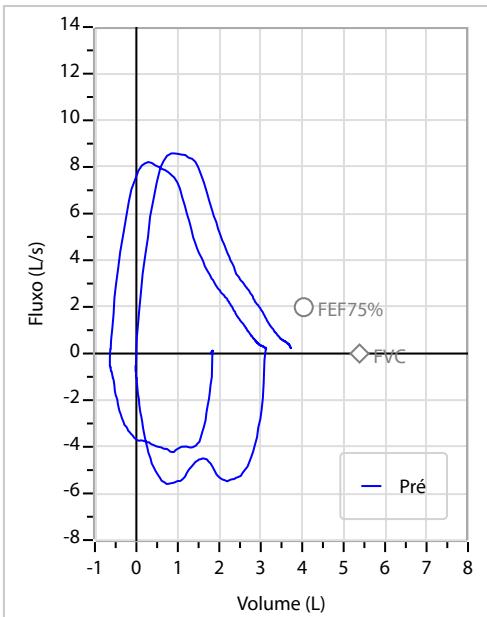
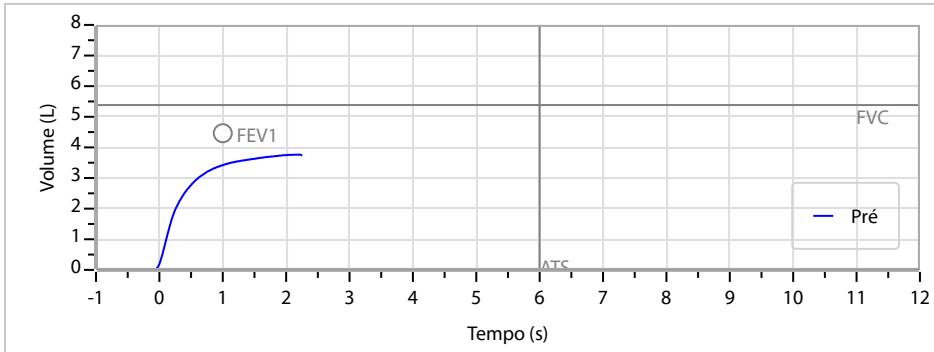
Posição do Teste

11:18

GLI

SENTADO

	Meas.	Pred	% Pred	z score
FVC	L	3,78	5,38	70
FEV1	L	3,42	4,46	77
FEV1/FVC%	%	90,6	83,3	109
FEV1/Vcmax%	%	90,6	83,3	109



Interpretação

O indivíduo tem uma relação FEV1/FVC% de 90,6% que está dentro do limite normal e um valor FVC de 3,78 L que está abaixo de LLN. Os resultados do teste indicam uma POSSÍVEL RESTRIÇÃO.

Assinatura:

Cod.: 565705	Paciente: Gabriel da Silva Moura	Sexo: Masculino	Idade: 29 (A)
Atendido em: 07/01/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 04792905125	Convênio: Hismet

HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 07/01/2026 Liberado em: 07/01/2026 15:56

Eritrograma

Hemácias em milhões/ mm ³	5,27	4,30 a 5,70/mm ³
Hemoglobina em g/dL.....	13,9	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....	43,8	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....	83,1	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....	26,4	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....	31,7	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....	12,9	11,0 a 15,0%

Leucograma

Leucócitos.....	7.660/mm³	3.500 a 10.000/mm ³
Neutrófilos.....	69,5%	5.324/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.....	69,5%	5.324/mm³ 50 a 70 2000 a 7000
Eosinófilos.....	1,0%	77/mm³ 2 a 4 80 a 600
Basófilos.....	0,7%	54/mm³ 0 a 2 0 a 200
Linfócitos típicos....	22,3%	1.708/mm³ 25 a 35 1000 a 3500
Linfócitos atípicos...	0,0%	0/mm³ 0 0
Monócitos.....	6,5%	498/mm³ 2 a 10 400 a 1000

Plaquetas

Plaquetas.....	287.000/mm³	150.000 a 450.000/mm ³
VPM.....	10,8/fl	6,7 a 10,0fL
Plaquetócrito.....	0,310%	0,10 a 0,50%
PDW.....	12,4	15,0 a 17,9%



Assinado Digitalmente



Dr. Bruno Bini Napoleão
Biomédico
CRBM - 2121

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

CNES: 3055612

Cod.: 565705	Paciente: Gabriel da Silva Moura	Sexo: Masculino	Idade: 29 (A)
Atendido em: 07/01/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 04792905125	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM**76 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 07/01/2026 Liberado em: 07/01/2026 15:00

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

85 mg/dL

23/01/2025



Assinado Digitalmente



Dr. Bruno Bini Napoleão
Biomédico
CRBM - 2121

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

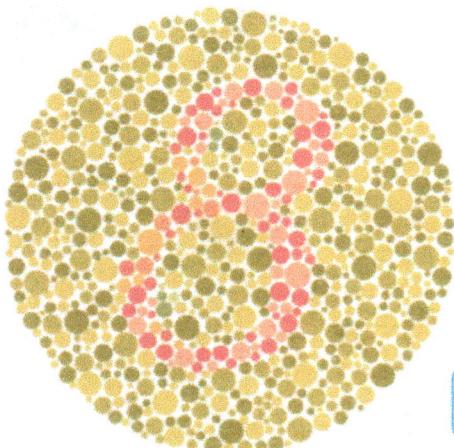
Endereço: Av. General Vale, 350, Bandeirantes.
Telefone: 65-99295 3662
CNES: 3055612

TESTE DE ISHIHARA (cores)

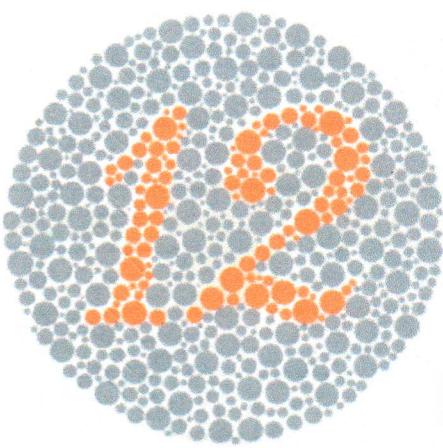
Qual N° você vê na imagem ?

Nome: GABRIEL DA SILVA MORAES

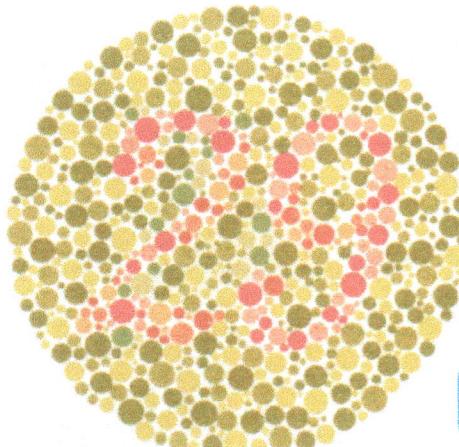
Data: 07/01/2026



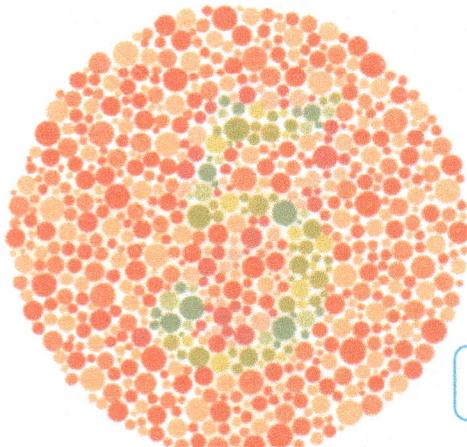
8



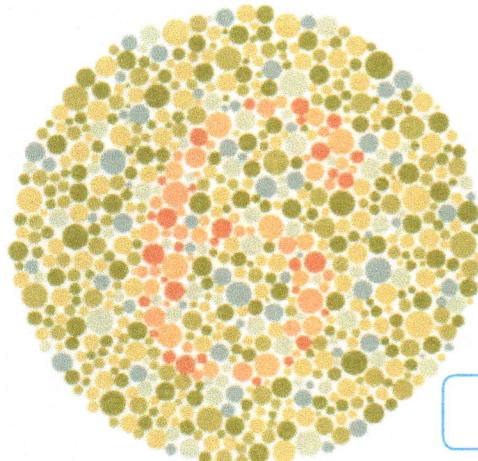
12



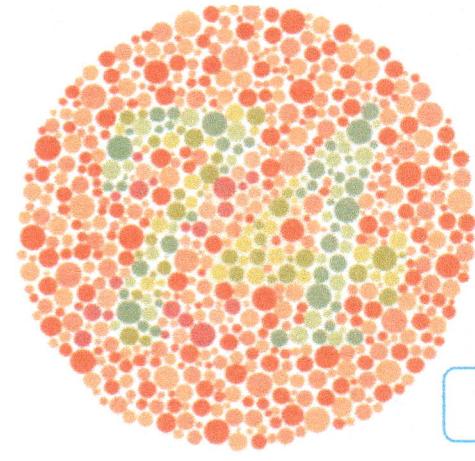
25



5



6



74

Assinatura Candidato:

Conclusão: Você acertou todas as questões, provavelmente você não sofre de daltonismo.

Você não acertou todas as questões, talvez você tenha um grau de daltonismo, sugerimos uma consulta com um médico especialista.

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Médico



TESTE DE ROMBERG N° 788180

CNPJ : 08100057000174 Fantasia : TECNOGERA
Razão Social : TECNOGERA - LOCACAO E TRANSFORMACAO DE ENERGIA SA
Endereço : AV. ADOLFO PINEIRO N.º 2058 Complemento : 11 ANDAR COML. ALPHAVILLE
Cidade / UF : SÃO PAULO / SP CEP : 04734003

Funcionário

Nome : Gabriel da Silva Moura	Setor: GERAL
CPF : 04792905125	Cargo: TECNICO MANUTENCAO II
RG : 3136079 / SSP DF	Nascimento: 11/03/1996

Paciente submetido a exame neurológico para avaliar a ataxia de natureza sensorial.

- (X) Romberg Negativo.
() Romberg Positivo.

Conclusão: Normal

Cuiabá 7 de janeiro 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 :
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>



ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 08100057000174

Fantasia : TECNOGERA

Razão Social : TECNOGERA - LOCACAO E TRANSFORMACAO DE ENERGIA SA

Endereço : AV. ADOLFO PINEIRO

N.º 2058

Complemento : 11 ANDAR COML. ALPHAVILLE

Cidade / UF : SÃO PAULO / SP

CEP : 04734003

Funcionário

Nome : Gabriel da Silva Moura

Setor: GERAL

CPF : 04792905125

Cargo: TECNICO MANUTENCAO II

RG : 3136079 / SSP DF

Nascimento: 11/03/1996

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

Cuiabá 7 de janeiro de 2026

Resultado: NORMAL

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

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

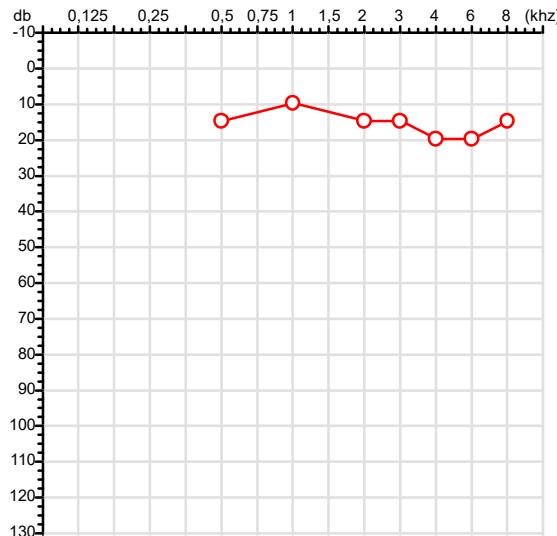
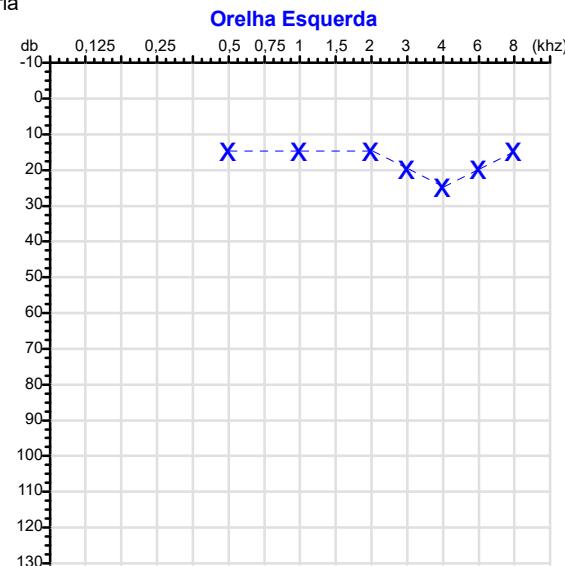
Autenticação Assinatura :733D42559FE00D5BCE4858DF55D43F5E
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Exame n.º :788180

CPF :047.929.051-25
 CNPJ :00.467.600/0001-64
 Nascimento :11/03/1996
 Motivo :Periódico
 Repouso :14h
 Data do Exame : 07/01/2026

Paciente :Gabriel da Silva Moura
 Razão :TECNOGERA - LOCACAO E TRANSFORMACAO DE ENERGIA SA
 Idade : 29 anos
 Setor :GERAL
 Função :TECNICO MANUTENCAO II

RG :3136079/SSP DF

Orelha Direita

Audiometria

Aérea

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	15	10	15	15	20	20	15

Óssea

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

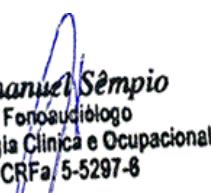
Médias Tritonais

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	15	10	15	13	15	20	20	18

Laudo 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 audiometrítica (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 - 6

Assinatura eletrônica :FC0988FCBBD8E4B08B19AF10A7A033C4

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


Gabriel da Silva Moura

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Ultima Aferição :12/08/2025