

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: 049 929 051 25 **INSERIR O Nº DO CPF DO FUNCIONÁRIO - INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA**

Nome: GABRIEL DA SILVA MOURA

RG: 31 36 0 79 UF / Orgão Emissor: DF Data de Nascimento: 11 03 1996

Estado Civil: Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino Número de Filhos:

Procedência:

DADOS GERAIS

Com quem você mora atualmente: ☐ Mãe/pai ☐ Sogro/sogra ☐ Cônjuge ☐ Filhos. Quantos? Outros

Número de comodô da casa? Renda Familiar: até R\$ 800 de R\$ 800,00 à R\$ 1.500,00 acima de R\$ 1.500,00

Religião: ☐ Católico ☐ Evangélico ☐ Espírita ☐ Outros Praticante da Religião? ☐ Sim ☐ Não

Empresa:

Filial: Centro de Custo:

Sector: Função:

ANTECEDENTES PESSOAIS

Responda as questões abaixo:	NÃO	SIM	Se sim:
01 - Possui algum antecedente psiquiátrico?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is)?
02 - Possui familiares com antecedentes psiquiátricos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Qual(is)?
03 - Você já teve convulsões?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 - Você faz uso de bebidas alcoólicas?	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uso contínuo <input type="checkbox"/> Eventual Qual(is)?
07 - Sente efeitos colaterais deste medicamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual(is)?
08 - É fumante?	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Enxerga vultos ou tem visões?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Sente-se perseguido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Sente-se obrigado a agir contrário à sua vontade?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Responda a questão abaixo:

13 - Costuma ter brigas ou entrar em conflitos?

Se sim, com quem são as brigas?

☐ Com familiares (esposa, filhos, pais, irmãos) ☐ Com amigos

☐ Com colegas de trabalho ☐ Com pessoas do convívio geral

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

Assino como prova de ter declarado a verdade

Hismet

07/01/2026
Date

Assinatura do Funcionário

PREENCHIMENTO MÉDICO

Orientação Espaço Temporal:

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

☒ Sim ☐ Não

Aspecto Geral:

O paciente esta 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.

Orientação Espaço Temporal:

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

☒ Sim ☐ Não

Não

Aspecto Geral:

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

☒ Sim ☐ Não

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

Não

Fala:

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

☐ Sim ☒ Não

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:

Thiomet - Cuicaba
Local

07/01/2026
Date

Dr. João Batista de Almeida
Médico

~~Medico~~
~~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: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=015429744781511130735745030791>



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

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=207256412209883961257147854291>

CRM-MT 6422

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

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

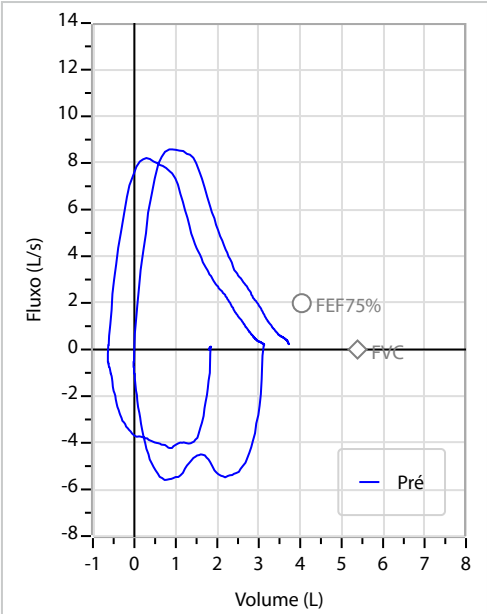
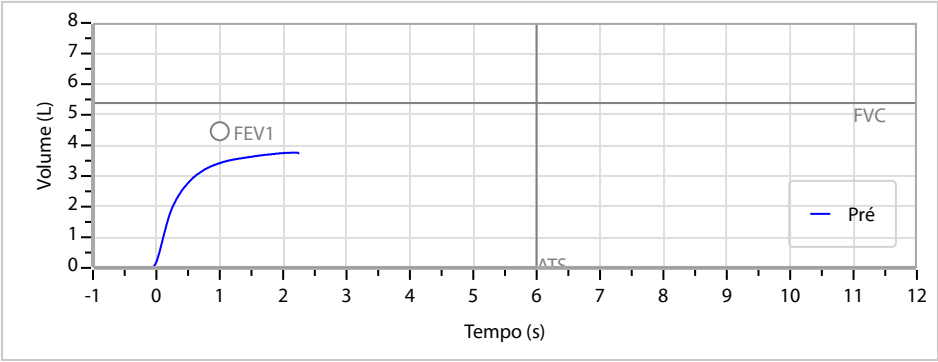


Nome	GABRIEL DA SILVA MOURA		ID1	788180	Sexo	Masculino	Idade	29,8	Peso (kg)	109,00	Altura (cm)	183,0
Agrupamento	--	D.O.B.	11/03/1996	--	BMI (kg/m2)	32,5	Fumante	Não	Anos de Tabag...	--	Cig/Dia	--
Técnico	--	Médico	--	--	Classe 2	--	Etnia	--	Outros/Não Especificado			

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	<div><div></div></div>	
FEV1	L	3,42	4,46	77	<div><div></div></div>	
FEV1/FVC%	%	90,6	83,3	109	<div><div></div></div>	
FEV1/Vcmax%	%	90,6	83,3	109	<div><div></div></div>	



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

Valores de Referência

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 - CREM 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 - CREM 2121

Endereço: Av. General Vale, 350, Bandeirantes.

Telefone: 65-99295 3662

CNES: 3055612

TESTE DE ISHIHARA (cores)

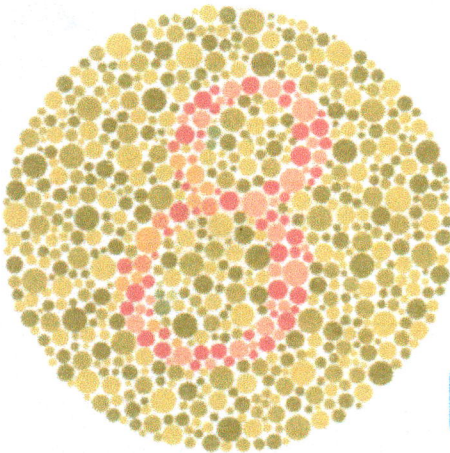
Qual N° você vê na imagem ?

Nome:

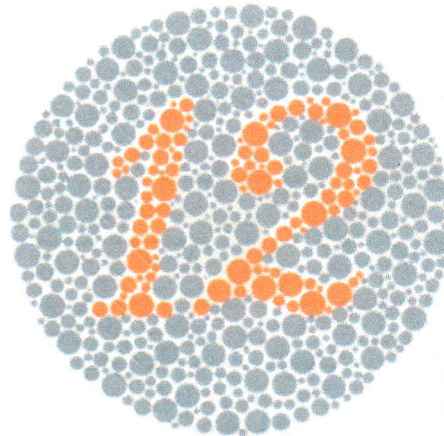
GABRIEL DA SILVA MORA

Data:

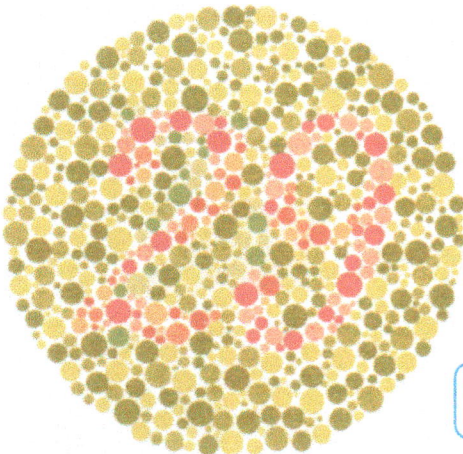
07 / 01 / 2026



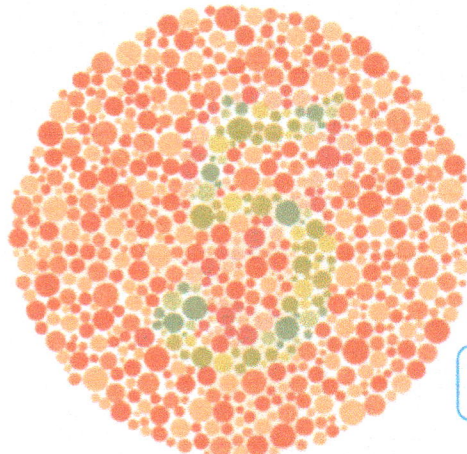
8



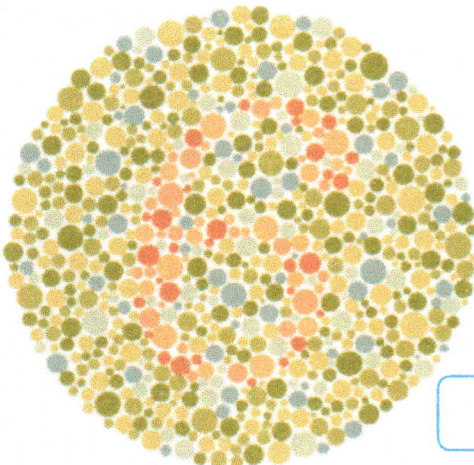
12



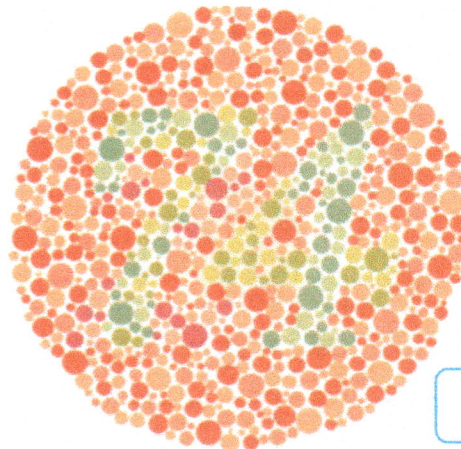
25



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

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

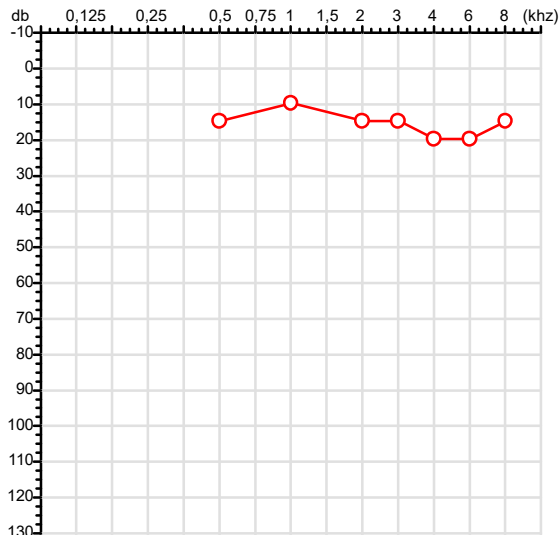
Exame n.º :788180

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



Aérea

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

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	15	10	15	13	15	20	20	18

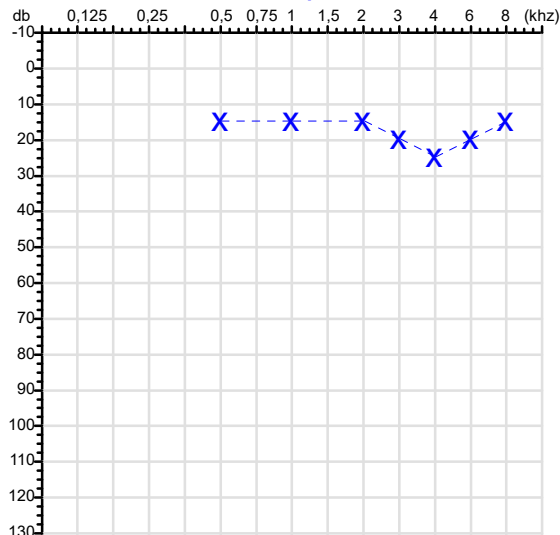
Laudo Clínico OD

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 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	25	20	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	25	20	22

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)

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

Emanuel Sempio
Fonoaudiólogo
CRFa 5 - 5297 - 8

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

Última Aferição :12/08/2025