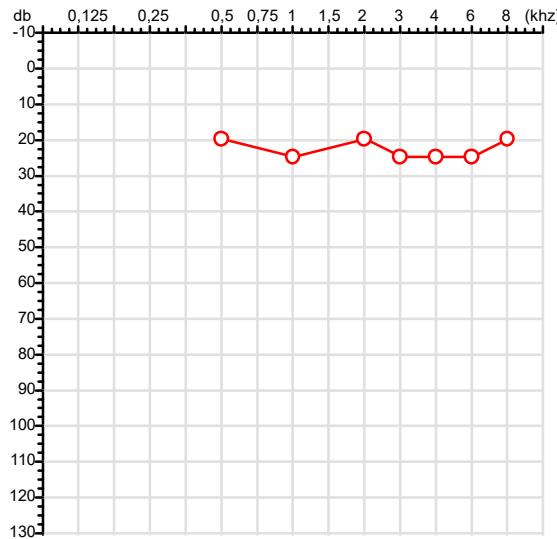
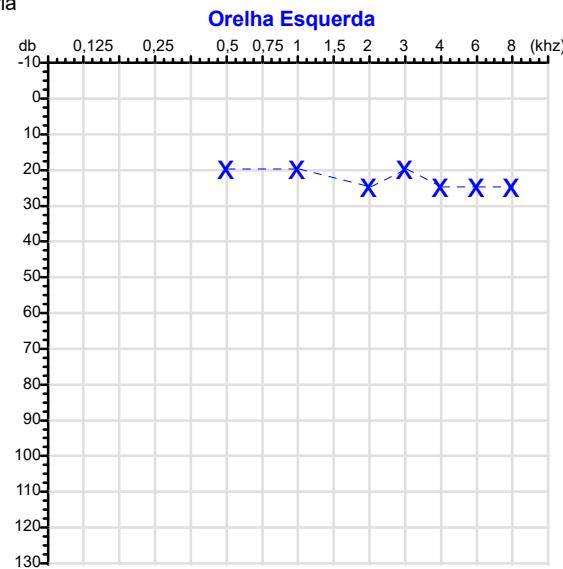


CPF :926.436.551-68  
 CNPJ :23.843.196/0001-81  
 Nascimento :18/12/1979  
 Motivo :Admissional  
 Repouso :14h  
 Data do Exame : 12/01/2026

Paciente :Augusto Rosa de Campos  
 Razão :EMAM LOGISTICA LTDA  
 Idade : 46 anos  
 Setor :GERAL  
 Função :MOTORISTA TRUCK

RG :13407295/SSP MT

**Orelha Direita****Audiometria****Aérea**

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

**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	20	25	20	22	25	25	25	25

**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)

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

Emanuel Sempio  
 Fonoaudiólogo  
 CRFa 5 - 5297 - 6

Assinatura eletrônica :807C318E5FA385A0D734C20ED194ABDC  
 Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

*Augusto Rosa de Campos*

\*\* Assinado por biometria \*\*

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

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

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OE db	20	20	25	22	20	25	25	23

**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)



Protocolo : 26011213320946 Data : 12/01/2026  
Paciente : AUGUSTO ROSA DE CAMPOS  
Nasc.: 18/12/1979 RG : 13407295-SSP MT CPF: 92643655168  
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 = 0,08\_S (NORMAL = 0,07 A 0,11S) OBS: Q PATOLÓGICA SE AMPLITUDE FOR PELO MENOS 25% DA ONDA R.

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. Jamila L. Xavier*

7808714943581/0809488952

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=108870473688714943581/0809488952>

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





Protocolo : 26011213193746

Data : 12/01/2026

Paciente : AUGUSTO ROSA DE CAMPOS

Nasc.: 18/12/1979 RG : 13407295-SSP MT

CPF: 92643655168

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=966426045428195728880621115913>

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



Cod.: 566455	Paciente: <b>Augusto Rosa de Campos</b>	Sexo: Masculino	Idade: 46 (A)
Atendido em: 12/01/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 92643655168	Convênio: Hismet

## GLICOSE EM JEJUM

**83 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 12/01/2026 Liberado em: 12/01/2026 16:06

Valores de Referência:  
70 a 99 mg/dL



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  
www.ultracenter.com.br

Cod.: 566455	Paciente: <b>Augusto Rosa de Campos</b>	Sexo: Masculino	Idade: 46 (A)
Atendido em: 12/01/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 92643655168	Convênio: Hismet

## HEMOGRAMA

Método: Automação XNL550 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 12/01/2026 Liberado em: 12/01/2026 15:56

### Eritrograma

		Valores de Referência		
Hemárias em milhões/ mm <sup>3</sup> .....:	<b>4,68</b>		4,30 a 5,70/mm <sup>3</sup>	
Hemoglobina em g/dL.....:	<b>14,3</b>		13,5 a 17,5g/dL	
Hematórito em %.....:	<b>41,2</b>		39,0 a 50,0%	
Vol. Glob. Média em fl.....:	<b>88,0</b>		80,0 a 95,0fl	
Hem. Glob. Média em pg.....:	<b>30,6</b>		26,0 a 34,0pg	
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	<b>34,7</b>		31,0 a 36,0g/dL	
RDW.....:	<b>13,6</b>		11,0 a 15,0%	

### Leucograma

Leucócitos.....:	<b>7.870/mm<sup>3</sup></b>		3.500 a 10.000/mm <sup>3</sup>	
Neutrófilos.....:	<b>59,6%</b>	<b>4.691/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>59,6%</b>	<b>4.691/mm<sup>3</sup></b>	50 a 70	2000 a 7000
Eosinofilos.....:	<b>0,6%</b>	<b>47/mm<sup>3</sup></b>	2 a 4	80 a 600
Basofilos.....:	<b>0,5%</b>	<b>39/mm<sup>3</sup></b>	0 a 2	0 a 200
Linfócitos típicos....:	<b>30,2%</b>	<b>2.377/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>9,1%</b>	<b>716/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>11,7/fl</b>	6,7 a 10,0fL
Plaquetórito.....:	<b>0,270%</b>	0,10 a 0,50%
PDW.....:	<b>14,0</b>	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  
www.ultracenter.com.br

## QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

Nome: Augusto Rosa Campos  
 Empresa: Emam Logística Ltda  
 Unidade: Filial - Várzea Grande  
 Função: Motorista Truck  
 Conveniado: Hismet - Higiene Segurança e Medicina do Trabalho Ltda

Idade: 46 CPF: 926.436.551-68  
 CNPJ: 11.105.987/0003-97  
 Setor: Operação e Transporte/ Frota Pesada  
 Ocorrência: Admisional

Data: 12/03/2026

### 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 SONOLENCIA 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 X	2	3
4) Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	0	1 X	2	3
5) Sentado e conversando com alguém	0 X	1	2	3
6) Sentado calmamente, após almoço sem álcool	0 X	1	2	3
7) Deitando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem	0	X 1	2	3
8) Se você estiver de carro, enquanto pára por alguns minutos, no trânsito intenso	0 X	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

### SINTOMAS FÍSICOS

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

### SINTOMAS MENTAIS

9. Você tem dificuldade de concentração?	0 não	1	2	3
10. Você tem problemas em pensar claramente?	0 não	1	2	3
11. Você comete erros, sem intenção, na sua língua (Português) quando você fala?	0 X	1	2	3
12. Você acha mais difícil de encontrar a palavra correta?	0 não	/ 1	2	3
13. Como está sua memória?	0 X	1	2	3
14. Você perdeu o interesse em coisas que você costumava fazer?	0 não	1	2	3

Dr. João Batista de Almeida  
 Médico  
 CRM MT 15709

**AVALIAÇÃO PSICOLOGICA**

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

**DISTURBIO DE USO DO ALCOOL (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 a 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?	não	-	sim, mas não no último ano	-	sim, no último ano	
10. Alguns parentes ou amigos 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	

*Augusto Rosa de Campos*

Assinatura do Empregado

**OBSERVAÇÕES MÉDICAS**

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

Médico Avaliador