

Guia de Encaminhamento de Exames



METARH

26/11/2025

| | |
|----------------|----------|
| Número da Guia | 19451502 |
|----------------|----------|

| | | | |
|-------------|---|-------|--------------------|
| Empresa | METARH | | |
| Unidade | UNIDOCKS ASSESS E LOGIST DE MATERIAIS LTDA - DHL LOGISTICS - SITE: CUIABÁ - 24-73 | CNPJ | 00.233.065/0024-73 |
| Funcionario | Vitória Grasielly Costa Souza | | |
| RG | | CPF | 063.470.411-70 |
| Cargo | AUXILIAR LOGISTICO I | Setor | OPERACIONAL |

| | | | |
|---------------------|---|---------------------------------|------------------|
| Prestador | HISMET (CUIABÁ) | Tipo de Atendimento | Ordem de Chegada |
| Telefone | (65) 3321-7051 | Fax | |
| Endereço | Avenida General Mello, 227 | Complemento | |
| Bairro | Dom Aquino | Cidade/UF | Cuiabá/MT |
| Atendente | Manoele, Ana Rúbia e Daiana | | |
| Tipo de Atendimento | Ordem de Chegada | Faixa de Horário de Atendimento | 07:00 até 17:00 |
| Comentários | Das 07:00 as 11:45 e das 13:00 as 17:00 | | |

Dados do Exame

| | | |
|--------------------|---------------------------------|----------|
| Tipo de Exame | Admissional | |
| Médico Responsável | EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL CRM | 86144/SP |

Perigos/Fatores de Risco

| | |
|---------|--|
| Físicos | Calor, Radiação não ionizante, Ruído Contínuo ou Intermitente. |
|---------|--|

Exames

| TUSS | Nome do Exame | Data | Hora | Recomendação |
|------|-------------------|------------|-------|--|
| 0 | Audiometria Tonal | 27/11/2025 | 00:00 | Repouso acústico de 14 horas, evitando inclusive o uso de fones de ouvido. |
| 0 | Exame Clínico | 27/11/2025 | 00:00 | Trazer documento original com foto (CPF ou RG ou CNH) e a Guia de Encaminhamento preenchida. Trazer TODOS os laudos, relatórios, atestados e exames médicos. |

Recomendações à Clínica

SOLICITAMOS QUE EM CASOS DE:

DÚVIDAS TÉCNICAS / DISCUSSÃO DE CASOS / ALTERAÇÕES AO EXAME CLÍNICO OU COMPLEMENTARES;

ANTES DA FINALIZAÇÃO DO ASO, FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM O SUPORTE MÉDICO BENCORP. TELEFONE 11 97623-7664

Responsável pela emissão da guia

| | | | |
|------------|--------|--------------------|----------------|
| 26/11/2025 | Nome | BOT_SYDLE_GUIAS | Telefone: |
| | E-mail | aso@bencorp.com.br | Tel. Comercial |



26/11/2025

METARH

Empresa

| | | | |
|---------------|--|------------|---------------------|
| Razão Social: | METARH | Cidade/UF: | Cuiabá / MT |
| CNPJ: | 00.233.065/0024-73 | Bairro: | Distrito Industrial |
| Endereço: | Rua K/1988 | CEP: | 78098-370 |
| Nome Unidade: | UNIDOCKS ASSESS E LOGIST DE MATERIAIS LTDA - DHL LOGISTICS - SITE: CUIABÁ - 24-73 | | |

Funcionário

| | | | |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Nome: | Vitória Grasielly Costa Souza | Código: | 1164 |
| RG/CPF: | /063.470.411-70 | Órgão Emissor: | |
| Nascimento/Idade: | 24/02/2002 - 23 | Sexo/ Data de admissão: | Feminino/02/12/2025 |
| Setor: | OPERACIONAL | Cargo: | AUXILIAR LOGISTICO I |

Médico Responsável pelo PCMSO

| | | | |
|-----------|----------------------------------|--------------|----------------|
| Nome: | EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL CRM: | 86144 / SP | |
| Endereço: | Avenida Paulista, 453, 15º andar | Cidade / UF: | São Paulo / SP |

Prestador

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| Prestador: HISMET (CUIABÁ) | Bairro: Dom Aquino |
| Endereço: Avenida General Mello, 227 | Cidade: Cuiabá |
| Telefone: (65) 3321-7051 | UF: MT |

Perigos/Fatores de Riscos

Físicos Calor, Radiação não ionizante, Ruído Contínuo ou Intermitente.

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Admissional 0

Avaliação Clínica e Exames Realizados

| | | | |
|-------------|-------------------|-------------|---------------|
| ___/___/___ | Audiometria Tonal | ___/___/___ | Exame Clínico |
|-------------|-------------------|-------------|---------------|

Parecer

☐ Apto Para Função ☐ Inapto Para Função

Observações

___/___/___

___/___/___

Vitória Grasielly Costa Souza

CRM: /



26/11/2025

METARH

Empresa

| | | | |
|---------------|--|------------|---------------------|
| Razão Social: | METARH | Cidade/UF: | Cuiabá / MT |
| CNPJ: | 00.233.065/0024-73 | Bairro: | Distrito Industrial |
| Endereço: | Rua K/1988 | CEP: | 78098-370 |
| Nome Unidade: | UNIDOCKS ASSESS E LOGIST DE MATERIAIS LTDA - DHL LOGISTICS - SITE: CUIABÁ - 24-73 | | |

Funcionário

| | | | |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Nome: | Vitória Grasielly Costa Souza | Código: | 1164 |
| RG/CPF: | /063.470.411-70 | Órgão Emissor: | |
| Nascimento/Idade: | 24/02/2002 - 23 | Sexo/ Data de admissão: | Feminino/02/12/2025 |
| Setor: | OPERACIONAL | Cargo: | AUXILIAR LOGISTICO I |

Médico Responsável pelo PCMSO

| | | | |
|-----------|----------------------------------|--------------|----------------|
| Nome: | EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL CRM: | 86144 / SP | |
| Endereço: | Avenida Paulista, 453, 15º andar | Cidade / UF: | São Paulo / SP |

Prestador

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| Prestador: HISMET (CUIABÁ) | Bairro: Dom Aquino |
| Endereço: Avenida General Mello, 227 | Cidade: Cuiabá |
| Telefone: (65) 3321-7051 | UF: MT |

Perigos/Fatores de Riscos

Físicos Calor, Radiação não ionizante, Ruído Contínuo ou Intermitente.

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Admissional 0

Avaliação Clínica e Exames Realizados

| | | | |
|-------------|-------------------|-------------|---------------|
| ___/___/___ | Audiometria Tonal | ___/___/___ | Exame Clínico |
|-------------|-------------------|-------------|---------------|

Parecer

☐ Apto Para Função ☐ Inapto Para Função

Observações

___/___/___

___/___/___

Vitória Grasielly Costa Souza

CRM: /



26/11/2025

METARH

Empresa

| | | | |
|---------------|--|------------|---------------------|
| Razão Social: | METARH | Cidade/UF: | Cuiabá / MT |
| CNPJ: | 00.233.065/0024-73 | Bairro: | Distrito Industrial |
| Endereço: | Rua K/1988 | CEP: | 78098-370 |
| Nome Unidade: | UNIDOCKS ASSESS E LOGIST DE MATERIAIS LTDA - DHL LOGISTICS - SITE: CUIABÁ - 24-73 | | |

Funcionário

| | | | |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Nome: | Vitória Grasielly Costa Souza | Código: | 1164 |
| RG/CPF: | /063.470.411-70 | Órgão Emissor: | |
| Nascimento/Idade: | 24/02/2002 - 23 | Sexo/ Data de admissão: | Feminino/02/12/2025 |
| Setor: | OPERACIONAL | Cargo: | AUXILIAR LOGISTICO I |

Médico Responsável pelo PCMSO

| | | | |
|-----------|----------------------------------|--------------|----------------|
| Nome: | EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL CRM: | 86144 / SP | |
| Endereço: | Avenida Paulista, 453, 15º andar | Cidade / UF: | São Paulo / SP |

Prestador

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| Prestador: HISMET (CUIABÁ) | Bairro: Dom Aquino |
| Endereço: Avenida General Mello, 227 | Cidade: Cuiabá |
| Telefone: (65) 3321-7051 | UF: MT |

Perigos/Fatores de Riscos

Físicos Calor, Radiação não ionizante, Ruído Contínuo ou Intermitente.

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Admissional 0

Avaliação Clínica e Exames Realizados

| | | | |
|-------------|-------------------|-------------|---------------|
| ___/___/___ | Audiometria Tonal | ___/___/___ | Exame Clínico |
|-------------|-------------------|-------------|---------------|

Parecer

☐ Apto Para Função ☐ Inapto Para Função

Observações

___/___/___


___/___/___

Vitória Grasielly Costa Souza

CRM: /

METARH

26/11/2025

| | | | |
|--|----------------------|----------------------------|---|
| Funcionário (Código / Nome) 1164 / Vitória Grasielly Costa Souza | | RG |  |
| Empresa METARH | | CNPJ 00.233.065/0024-73 | |
| Unidade UNIDOCKS ASSESS E LOGIST DE MATERIAIS LTDA - DHL LOGISTICS - SITE: CUIABÁ - 24-73 | Setor OPERACIONAL | | |
| Cargo AUXILIAR LOGISTICO I | Sexo Feminino | Idade 23 | |
| Nascimento 24/02/2002 | Entrada | Saída | |
| Tipo de Exame Admissional | | Data Ficha 26/11/2025 | |
| Médico(a)/ | | | |

Exames
Audiometria Tonal, Exame Clínico,

Anamnese

| SINAIS VITAIS | | | |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Temperatura | Frequência Respiratória (IPM) | Pressão Arterial (mmHg) | Frequência de Pulso (BPM) |
| Altura | Biotipo | Peso (Kg) | Índice de Massa Corpórea |
| Perímetro Cintura (cm) | | Perímetro Quadril (cm) | |

Texto Livre

Ficha Clínica

É fundamental e OBRIGATÓRIO preencher a circunferência abdominal. O aumento da mesma pode trazer consequências importantes à saúde como diabetes, aterosclerose, hipertensão arterial, etc. ▶

Antecedentes Familiares













































| | |
|---|--|
| <p>Hipertensão: ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Doença Emocional: ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? ▶ _____</p> <p>Câncer: ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? ▶ _____</p> | <p>Diabetes: ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Doença Ortopédica ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? ▶ _____</p> <p>Outras ▶ _____ _____ _____ _____</p> |
|---|--|

Antecedentes Pessoais

| | |
|--|---|
| <p>Hipertensão ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Diabetes ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Câncer ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? ▶ _____</p> <p>Doença Psiquiátrica ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? ▶ _____</p> <p>Doença Ortopédica ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Tendinite</p> <p><input type="checkbox"/> Fraturas <input type="checkbox"/> Hérnia de Disco</p> <p>Outras ▶ _____</p> | <p>Já ficou internado alguma vez? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Por qual motivo? ▶ _____</p> <p>Já fez alguma cirurgia? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Por qual motivo? ▶ _____</p> <p>Toma algum medicamento ou faz algum tratamento? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Por qual motivo? ▶ _____</p> <p>Seus exames de rotina estão em dia? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>_____ _____ _____ _____</p> |
|--|---|

Saúde da Mulher

| | |
|--|-------------------------------------|
| Faz uso de algum método anticoncepcional? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | DUM ▶ ____/____/____ Gestação? ▶ |
|--|-------------------------------------|

| | |
|---|---|
| Qual?  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantas (partos/abortos)  |
| Hábitos e Vícios | |
| Etilismo  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Eventualmente Atividade Física  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mais de 3x por semana <input type="checkbox"/> Menos de 3x por semana Qual?  | Tabagista  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ex tabagista Consome frutas, verduras e legumes  <input type="checkbox"/> Não consome <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> 3x por semana Qual a quantidade de água consumida por dia?  <input type="checkbox"/> Menos de 1L <input type="checkbox"/> De 1L a 2L <input type="checkbox"/> Mais de 2L |
| Antecedentes Ocupacionais | |
| Primeiro emprego?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Último cargo  Já teve algum acidente de trabalho?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descreva  | Teve doença relacionada ao trabalho?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?  Já esteve afastado pelo INSS?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descreva  |
| Queixas | |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dor em MMSS <input type="checkbox"/> Dor na Coluna <input type="checkbox"/> Psiquiátrica | Outros  |
| Exame Físico Geral | |
| Biotipo  <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L Estado Geral  <input type="checkbox"/> BEG <input type="checkbox"/> REG <input type="checkbox"/> MEG Mucosas  <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Descorada Hidratação  <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado Cabeça e Pescoço  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Torax  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Ausculta Pulmonar  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Ausculta Cardíaca  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A | Abdome  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Membros Inferiores  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Coluna  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Teste de Romberg  <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Prova Index-Nariz-Index  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Prova Calcanhar-Joelho  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Comentários  |
| Exame Físico Específico | |
| Deformidades  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Edemas  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Cistos Sinovais  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Limitação à movimentação  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Diminuição da força  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Dor (Palpação/ Movimentação)  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Sinal de Phalen  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos | Sinal de Filkeinstein  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Sinal de Tinel  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Teste de Gerber  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Teste de Jobe  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Comentários  |
| Data ____/____/____ | Assinatura do funcionário |

| | |
|--------------|-------------------------|
| Medicamentos | |
| | |
| CID | |
| CID | |
| Texto Livre | |
| Texto Livre | <div></div> <div></div> |



| | | | |
|----------------------------|--|---|---------------------|
| Cod.: 561353 | Paciente: Antonio Paulo dos Santos | Sexo: Feminino | Idade: 46 (A) |
| Atendido em: 27/11/2025 | Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa | Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 04161277466 | Convênio: Hismet |

GLICOSE EM JEJUM**273 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 27/11/2025 Liberado em: 27/11/2025 11:34

Resultado repetido e confirmado.

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

255 mg/dL

05/12/2023

158 mg/dL

16/02/2024

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 - CREM 2121

Endereço: Av. General Vale, 350, Bandeirantes.

Telefone: 65-99295 3662

CNES: 3055612

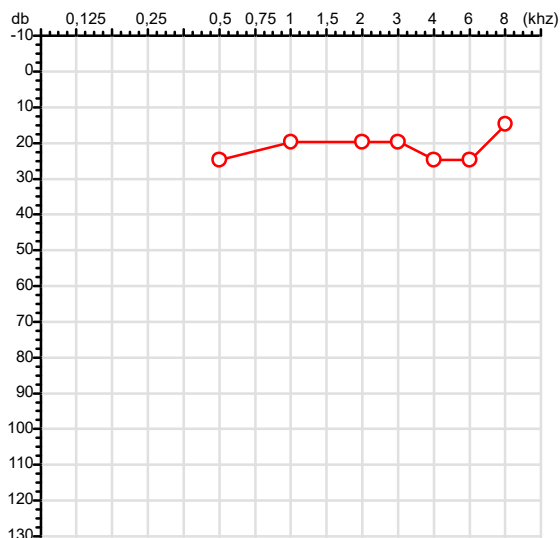
Exame n.º :781436

CPF :041.612.774-66
CNPJ :23.247.357/0001-74
Nascimento :14/05/1979
Motivo :Admissional
Repouso :14h
Data do Exame : 27/11/2025

Paciente :Antonio Paulo Dos Santos
Razão :CP COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA
Idade : 46 anos
Setor :GERAL
Função :MOTORISTA ENTREGADOR

RG :/

Orelha Direita



Aérea

| Khkz | 0,25 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 8 |
|-------|------|-----|----|----|----|----|----|----|
| OD db | NDG | 25 | 20 | 20 | 20 | 25 | 25 | 15 |

Ossea

| Khkz | 0,25 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 |
|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| OD db | NDG | NDG | NDG | NDG | NDG | NDG | NDG |

Médias Tritonais

| Khkz | 0,5 | 1 | 2 | = | 3 | 4 | 6 | = |
|-------|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| OD db | 25 | 20 | 20 | 22 | 20 | 25 | 25 | 23 |

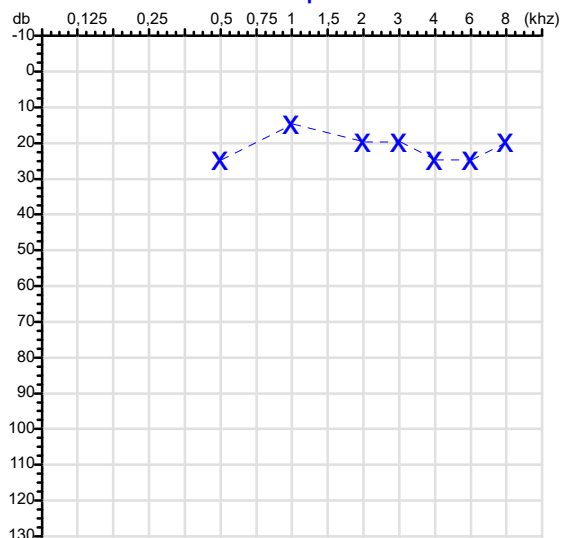
Laudo Clínico OD

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



| Khkz | 0,25 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 8 |
|-------|------|-----|----|----|----|----|----|----|
| OE db | NDG | 25 | 15 | 20 | 20 | 25 | 25 | 20 |

| Khkz | 0,25 | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 |
|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| OE db | NDG | NDG | NDG | NDG | NDG | NDG | NDG |

| Khkz | 0,5 | 1 | 2 | = | 3 | 4 | 6 | = |
|-------|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| OE db | 25 | 15 | 20 | 20 | 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)

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

Emanuel Sempio
Fonoaudiólogo
CRFa 5 - 5297 - 8

Assinatura eletrônica :F9BF20CC05C64A5848A4EAE79402C2B8

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

Antonio Paulo Dos Santos

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025

Protocolo:251127093108

Data:27/11/2025

Paciente:ANTONIO PAULO DOS SANTOS

Nasc.:14/05/1979 RG :-

CPF:04161277466

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=753250996399187181178999726664>





ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 23247357000174 Fantasia : CP CAFE
Razão Social : CP COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA
Endereço : AVENIDA PRESIDENTE ERNESTO N.º 2.300 Complemento : LOJA 43B
Cidade / UF : CAMPO GRANDE / MS CEP : 79080105

Funcionário

Nome : Antonio Paulo Dos Santos Setor: GERAL
CPF : 04161277466 Cargo: MOTORISTA ENTREGADOR
RG : / Nascimento: 14/05/1979

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/10

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 27 de novembro de 2025

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior

CRM-MT 15709

Autenticação Assintatura :E9F5777D43328A778A3D4FEC0FFADF3E
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Protocolo:251127094255

Data:27/11/2025

Paciente:ANTONIO PAULO DOS SANTOS

Nasc.:14/05/1979 RG :-

CPF:04161277466

Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 92BPM (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 = 0,44_S (NORMAL = 0,34 A 0,45S P/ HOMENS A 0,47S P/ MULHERES).

RITMO SINUSAL.

SÂQRS = -30° (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

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=959196824425336647251632474307>

CRM-MT 6422

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

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





| | | | |
|----------------------------|--|---|---------------------|
| Cod.: 561353 | Paciente: Antonio Paulo dos Santos | Sexo: Feminino | Idade: 46 (A) |
| Atendido em: 27/11/2025 | Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa | Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 04161277466 | Convênio: Hismet |

GLICOSE EM JEJUM**273 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 27/11/2025 Liberado em: 27/11/2025 11:34

Resultado repetido e confirmado.

Valores de Referência:

70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

255 mg/dL

05/12/2023

158 mg/dL

16/02/2024

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 - CREM 2121

Endereço: Av. General Vale, 350, Bandeirantes.

Telefone: 65-99295 3662

CNES: 3055612