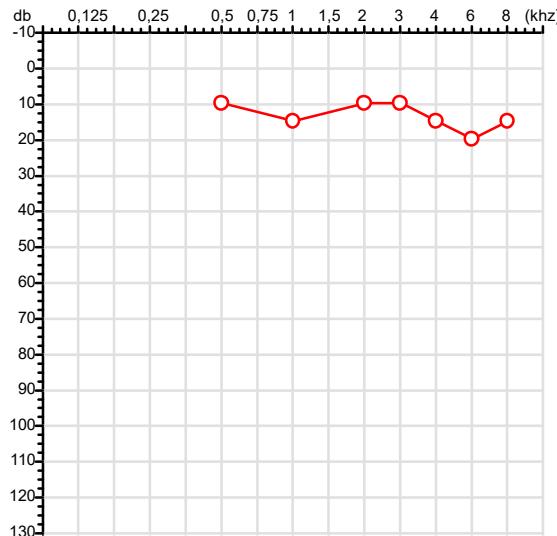
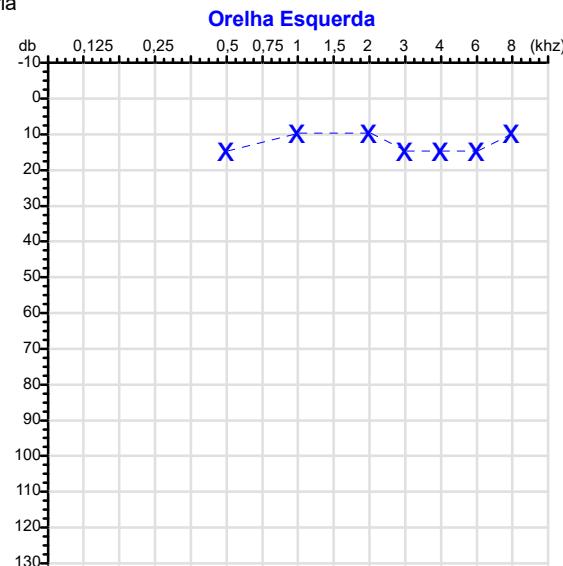


CPF :119.143.094-48
 CNPJ :01.637.895/0184-22
 Nascimento :10/12/1999
 Motivo :Periódico
 Repouso :14h
 Data do Exame : 16/12/2025

Paciente :MATHEUS SILVESTRE DA SILVA
 Razão :VOTORANTIM CIMENTOS SA
 Idade : 26 anos
 Setor :MANUTENCAO - MECANICA/ELETTRICA
 Função :ENGENHEIRO MANUTENCAO SR

RG :10305948/SSPMT

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

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	10	15	10	10	15	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	10	15	10	12	10	15	20	15

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 :EA00C676A4BB2D0A437F93E9FD57A0BF
 Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Mathews Silvestre da Silva

** Assinado por biometria **

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

Cod.: 563701	Paciente: Matheus Silvestre da Silva	Sexo: Masculino	Idade: 26 (A)
Atendido em: 16/12/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 11914309448	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM

86 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 16/12/2025 Liberado em: 16/12/2025 12:33

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

85 mg/dL

14/12/2024



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
www.labocenter.com.br



Protocolo : 25121610142832 Data : 16/12/2025
Paciente : MATHEUS SILVESTRE DA SILVA
Nasc.: 10/12/1999 RG : 10305948-SSPM
Exame : ELETROCARDIOGRAMA ECG CPF: 11914309448

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 = 0° (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

3595831851958463934016

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=900293063598051851958463934016>

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





ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 01637895018422 Fantasia : VOTORANTIM CUIABA

Razão Social : VOTORANTIM CIMENTOS SA

Endereço : ROD. MT 401

N.º S/N

Complemento : KM 14,4 ZONA RURAL FAZ. BELA

Cidade / UF : CUIABÁ / MT

CEP : 78108000

VISTA

Funcionário

Nome : Matheus Silvestre da Silva

Setor: MANUTENCAO - MECANICA/ELETTRICA

CPF : 11914309448

Cargo: ENGENHEIRO MANUTENCAO SR

RG : 10305948 / SSPMT

Nascimento: 10/12/1999

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 16 de dezembro de 2025

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 :D3AD0A05857D2E27FCE06633D7393689
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

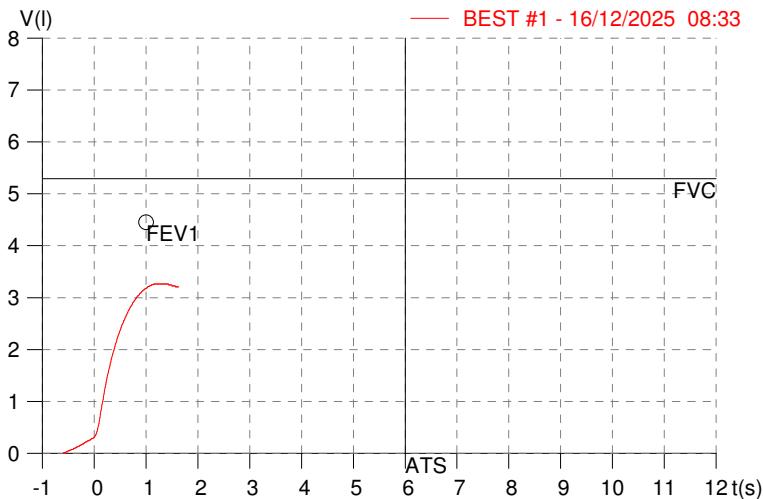
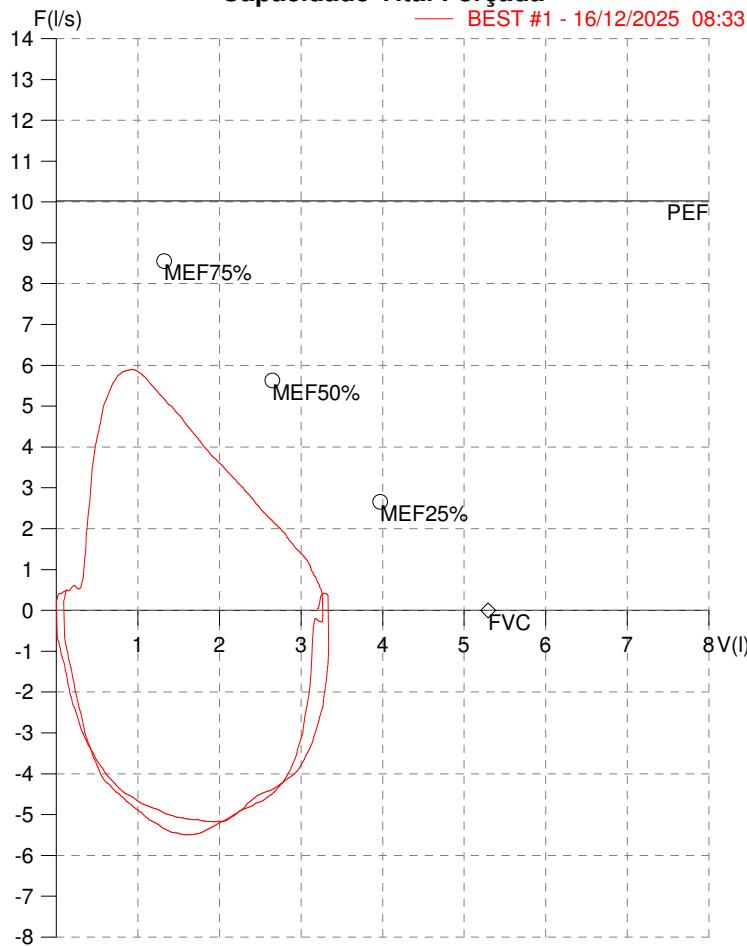
HISMET - MEDICINA DO TRABALHO
AV. GENERAL MELLO, 227. POÇÃO. CUIABÁ MT
Tel. (65)3321-7051

ID: 784907
 Primeiro Nome: MATHEUS
 Sobrenome: SILVESTRE DA SILVA
 Data: 16/12/2025

Data de nascimento: 10/12/1999
 Sexo : Macho
 Peso (kg): 98.0
 Altura (cm): 179.0

Capacidade Vital Forçada

— BEST #1 - 16/12/2025 08:33



Parâmetro	UM	Descrição	Prev.	BEST#1	% Prev.
Best FVC	l(btps)	Melhor Capacidade Vital Forçada	5.29	3.28	62.0
FVC	l(btps)	Capacidade Vital Forçada	5.29	3.28	62.0
FEV1	l(btps)	Volume Exp Forçada em 1 seg	4.45	3.18	71.3
PEF	l/sec	Pico de Fluxo expiratório	10.02	5.90	58.8
PIF	l/sec	Pico de Fluxo Inspiratório		5.50	
FEV1/FVC% %		FEV1 em % da FVC	82.5	96.9	117.4
FEF25-75% l/sec	l/sec	Fluxo expiratório médio forçado	5.05	4.11	81.4
MEF75% l/sec	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 25% FVC	8.55	5.85	68.4
MEF50% l/sec	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 50% FVC	5.63	4.44	78.9
MEF25% l/sec	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 75% FVC	2.66	2.61	98.3
FET100% sec	sec	Tempo de Expiração forçada		1.2	
PEFr l/min	l/min	Pico de Fluxo expiratório (l/min)	601.4	353.8	58.8

Diagnóstico:

Anormalidade moderada

Impresso 16/12/2025

Nº 784902
 Votorantim
 Cimentos

Mec

Nome: <u>Matheus Silveira</u>	Idade: <u>26</u>	Sexo: <u>M</u>
Função: <u>Engenheiro de Manutenção</u>	Função:	
Local: <u>Votorantim Unidade Arábia</u>		

QUESTIONÁRIO OMS

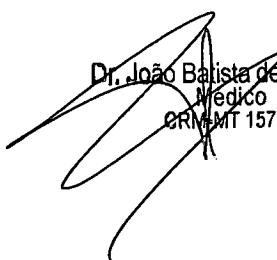
Questionário I - Questionário para identificação de indivíduos com epilepsia (OMS)

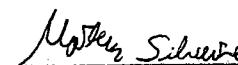
Perguntas	Respostas
1 - Você tem ou teve crises (ataques, acesso, convulsão) na qual perde a consciência e cai subitamente? E na sua casa, alguém tem?	SIM [] NÃO[X]
2 - Você tem ou teve crises em que perde o contato com a realidade (meio) e fica como se estivesse fora do ar? E na sua casa, alguém tem?	SIM [] NÃO[X]
3 - Você tem ou teve crises na qual tem repuxões incontroláveis em braços, pernas, na boca ou vira a cabeça para o lado? E na sua casa, alguém tem?	SIM [] NÃO[X]
4 - Você tem ou teve crises de desmaio e que ao acordar nota que fez xixi ou cocô na roupa sem perceber? E na sua casa, alguém tem?	SIM [] NÃO[X]
5 - Você tem ou teve crises na qual sente sensação ruim de "fundeza" ou bola na "boca do estômago" e que sobe até a garganta e em seguida sai fora do ar, e depois dizem que você ficou mexendo em algo com as mãos ou mastigando ou olhando para algo distante? E na sua casa, alguém tem essas crises?	SIM [] NÃO[X]
6 - Alguns médicos ou profissionais de saúde ou mesmo familiares já lhe disseram que você tem ou teve convulsão febril na infância; ou durante alguma doença grave qualquer? E na sua casa, alguém teve este problema?	SIM [] NÃO[X]
7 - Você tem rápidos abalos tipo "choque" nos braços (as coisas caem da mão) ou pernas, com ou sem queda, principalmente pela manhã?	SIM [] NÃO[X]
8 - Há alguém na sua casa com epilepsia em algum asilo?	SIM [] NÃO[X]

Fonte: Li Min; Li et al, 2007

Uma resposta "sim" (exceto a número 08): encaminhar para avaliação do neurologista.

Se a resposta 08 for "sim" tem que conter outra resposta "sim"


 Dr. João Batista de Almeida
 Médico
 CRM-MT 15709


Matheus Silveira
 Nome e carimbo



**ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 784907**

Paciente

Nome : MATHEUS SILVESTRE DA SILVA

CPF : 11914309448

RG : 10305948/SSPMT

Cargo : ENGENHEIRO MANUTENCAO SR

Nascimento : 10/12/1999

Self Report Questionnaire

Instrumento de rastreamento de TMC - SRQ 20 - Versão para língua portuguesa

- | | |
|---|--|
| 1.Tem dores de cabeça freqüentes? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 2.Tem falta de apetite? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 3.Dorme mal? | (<input checked="" type="checkbox"/> X)Sim (<input type="checkbox"/>)Não |
| 4.Assusta-se com facilidade? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 5.Tem tremores nas mãos? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 6.Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 7.Tem má digestão? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 8.Tem dificuldade de pensar com clareza? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 9.Tem se sentido triste ultimamente? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 10.Tem chorado mais do que o costume? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 11.Encontra dificuldades para realizar suas atividades diárias? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 12.Tem dificuldade para tomar decisões? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 13.Tem dificuldades no serviço?(seu trabalho lhe causa sofrimento)? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 14.É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 15.Tem perdido o interesse pelas coisas? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 16.Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 17.Tem tido idéias de acabar com a vida? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 18.Sente-se cansado(a) o tempo todo? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 19.Tem sensações desagradáveis no estomago ? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |
| 20.Você se cansa com facilidade? | (<input type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)Não |

Nota de corte:6. Acima de 06 pontos encaminhar para avaliação com a Psicóloga ou psiquiatra, dependendo da gravidade.

Cuiabá-MT, 16 de dezembro de 2025



Como validar o documento pelo ITI:
Leia o qr-code e siga as intruções na página que será aberta.




FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA — CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT
Nome: MATHEUS SILVESTRE DA SILVA

RG: 10305948-SSPM

Sexo: MASCULINO

Data Nasc.: 10/12/1999

CPF: 11914309448

Controle: NÃO INFORMADO

Data: 16/12/2025

Empresa: IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA E DIAG POR

Indicação: -

Função: -

Raio-X digital: Sim Não

Leitura em negatoscópio: Sim Não

1A - Qualidade técnica: 1 2 3 4

Comentário: null

1B - Radiografia normal: Sim (finalizar a leitura) Não (passe para a seção 2)

2A - Alguma anormalidade de parênquima consistente com pneumoconiose? Sim (complete 2B e 2C)
 Não (passe para a seção 3)

2B - Pequenas opacidades
2C - Grandes opacidades

A) Formas e tamanhos	b) Zonas	C) Profusão	
Primárias	D	E	0/- [] 0/0 [] 0/1 []
Secundárias	[]	[]	1/0 [] 1/1 [] 1/2 []
p [] s [] p [] s []	[]	[]	2/1 [] 2/2 [] 2/3 []
q [] t [] q [] t []	[]	[]	3/2 [] 3/3 [] 3/+ []
r [] u [] r [] u []	[]	[]	

3A - Alguma anormalidade pleural consistente com pneumoconiose? Sim (complete 3B, 3C e 3D)
 Não (passe para a seção 4)

3B - Placas Sim Não

Local	Calcificação	Extensão da parede (combinado perfil e frontal)	Largura (opcional) (mínimo de 3mm para
Parede em perfil	0[] D[] E[]	0[] D[] E[]	0[] D[] 1[] 2[] 3[]
Frontal	0[] D[] E[]	0[] D[] E[]	0[] E[] 1[] 2[] 3[]
Diaphragma	0[] D[] E[]	0[] D[] E[]	Até 1/4 da parede lateral = 1
Outros locais	0[] D[] E[]	0[] D[] E[]	1/4 à 1/2 da parede lateral = 2
			> 1/2 da parede lateral = 3
			Até 1/4 da parede lateral = 1
			1/4 à 1/2 da parede lateral = 2
			> 1/2 da parede lateral = 3
			Até 1/4 da parede lateral = 1
			1/4 à 1/2 da parede lateral = 2
			> 1/2 da parede lateral = 3

3C - Obliteração do seio D[] E[]

3D - Espessamento pleural Sim Não

Local	Calcificação	Extensão da parede (combinado perfil e frontal)	Largura (opcional) (mínimo de 3mm para
Parede em perfil	0[] D[] E[]	0[] D[] E[]	0[] D[] 1[] 2[] 3[]
Frontal	0[] D[] E[]	0[] D[] E[]	0[] E[] 1[] 2[] 3[]
			Até 1/4 da parede lateral = 1
			1/4 à 1/2 da parede lateral = 2
			> 1/2 da parede lateral = 3
			3 à 5 mm = a
			5 à 10 mm = b
			> 10 mm = c

4A - Outras anormalidades? Sim (complete 4B) Não (finalizar leitura)

4B - Símbolos: (*) od: Necessário um comentário.

aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb	od
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Descrição do item 4B: aa = Aorta aterosclerótica | at = Espessamento pleural apical significativo | ax = Coalescência de pequenas opacidades | bu = Bolhas | ca = Câncer | cg = Nódulos não pneumoconióticos calcificados | cn = Calcificação de pequenas opacidades pneumoconíticas | co = Anormalidade de forma e tamanho do coração | cp = Cor pulmonale | cv = Cavidade | di = Distorção significativa de estrutura intratorácica | ef = Derrame pleural | em = Enfisema | es = Calcificações em casca de ovo | fr = Fratura(s) de costela(s) recente(s) ou consolidada(s) | hi = Aumento de gânglios hilares e/ou mediastinais | ho = Faveolamento | id = Borda diafragmática mal definida | ih = Borda cardíaca mal definida | kl = Linhas septais (kerley) | me = Mesotelioma | od = Outras doenças | pa = Atelectasia laminar | pb — Banda(s) parenquimatosa(s) | pi = Espessamento pleural de cisura(s) interlobar(es) | px = Pneumotórax | ra = Atelectasia redonda | rp — Pneumoconiose reumatóide | tb = Tuberculose

4C - Comentários:

Belo Horizonte, terça-feira, 16 de dezembro
de 2025
10:24:43

Dr Ronaldo Zupo

13252