

# Exame n.º :784907

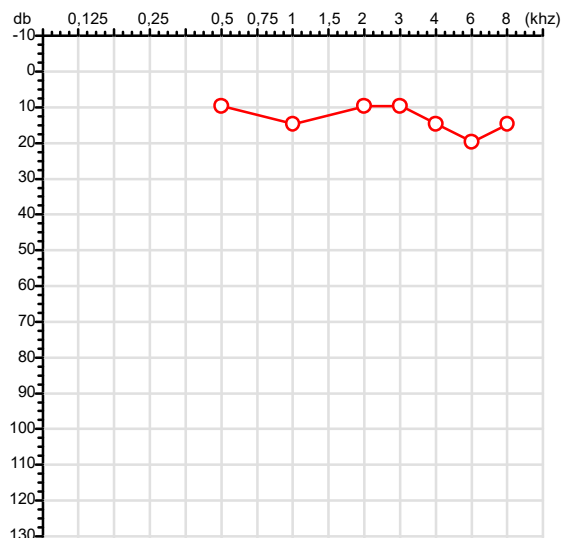
CPF :119.143.094-48  
CNPJ :01.637.895/0184-22  
Nascimento :10/12/1999  
Motivo :Periódico  
Repouso :14h  
Data do Exame : 16/12/2025

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

RG :10305948/SSPMT

## Audiometria

### Orelha Direita



### 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

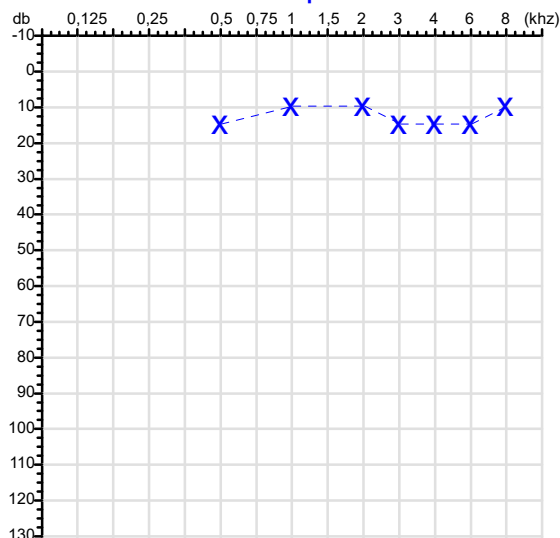
Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	10	15	10	12	10	15	20	15

### 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)

### Orelha Esquerda



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

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	10	10	12	15	15	15	15

### 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 :EA00C676A4BB2D0A437F93E9FD57A0BF

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

*Matheus Silvestre da Silva*

\*\* Assinado por biometria \*\*

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

Cod.: 563701	Paciente: <b>Matheus Silvestre da Silva</b>	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

Protocolo:25121610142832

Data:16/12/2025

Paciente:MATHEUS SILVESTRE DA SILVA

Nasc.:10/12/1999 RG :10305948-SSPMT

CPF:11914309448

Exame :ELETROCARDIOGRAMA ECG

### 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*

6395831851958463934016

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=900293063395831851958463934016>





## 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 VISTA  
Cidade / UF : CUIABÁ / MT CEP : 78108000

### Funcionário

Nome : Matheus Silvestre da Silva Setor: MANUTENCAO - MECANICA/ELETRICA  
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

Resultado: NORMAL

Cuiabá 16 de dezembro de 2025

Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709

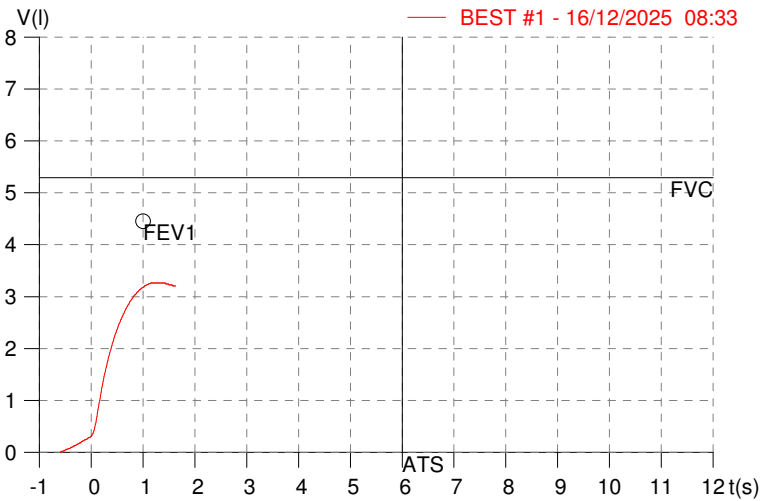
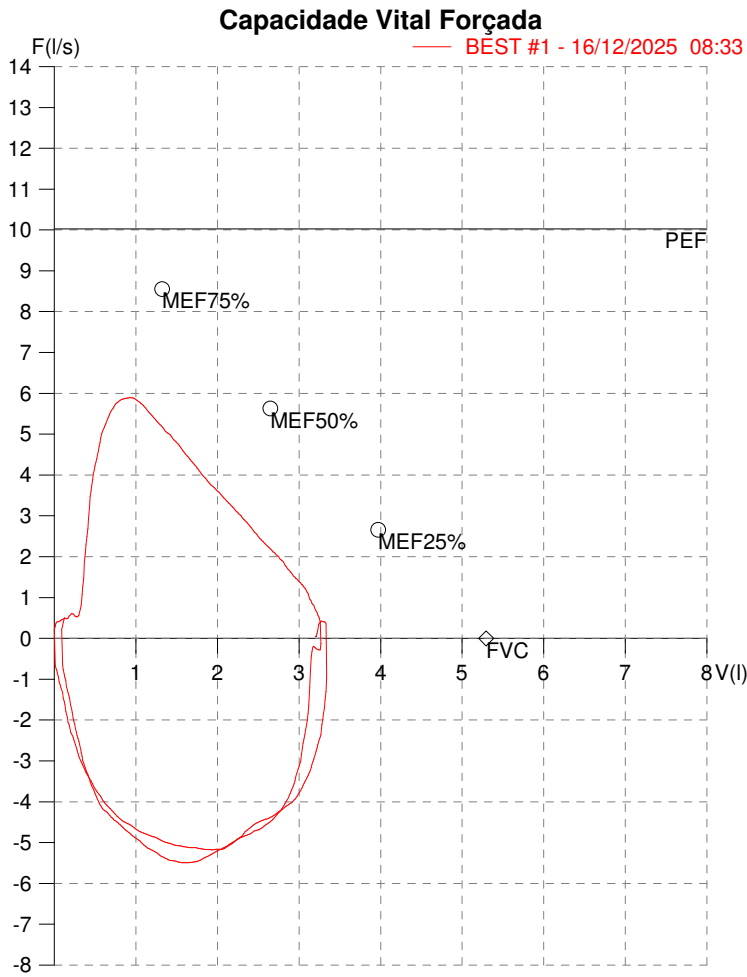
Dr. João Batista de Almeida Junior  
CRM-MT 15709  
NIS 269.85078.64-6

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



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	Fluxo expiratório médio forçado	5.05	4.11	81.4
MEF75%	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 25% FVC	8.55	5.85	68.4
MEF50%	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 50% FVC	5.63	4.44	78.9
MEF25%	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 75% FVC	2.66	2.61	98.3
FET100%	sec	Tempo de Expiração forçada		1.2	
PEFr	l/min	Pico de Fluxo expiratório (l/min)	601.4	353.8	58.8

**Diagnóstico:**  
Anormalidade moderada

Impresso 16/12/2025

Rec

Nome: <u>Mateus Silveira</u>	Idade: <u>26</u>	Sexo: <u>M</u>
Função: <u>Engenheiro de Manutenção</u>	Função:	
Local: <u>Votorantim Unidade Curitiba</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 - Algum médico ou profissional de saúde ou mesmo familiares já lhe disse 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

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





# IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA POR IMAGEM

Avenida General Melo, N°227  
Dom Aquino - Cuiabá - MT (65) 3055-5926

N9HZ



## FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA — CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT

Nome: MATHEUS SILVESTRE DA SILVA

RG: 10305948-SSPMT

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 de com pneumoconiose? ☐ Sim (complete 2B e 2C)  
☐ Não (passe para a seção 3)

### 2B - Pequenas opacidades

A) Formas e tamanhos	b) Zonas	C) Profusão
Primárias Secundárias	D E	0/- <input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 0/1 <input type="checkbox"/>
p <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1/0 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/>
q <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2/1 <input type="checkbox"/> 2/2 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/>
r <input type="checkbox"/> u <input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3/2 <input type="checkbox"/> 3/3 <input type="checkbox"/> 3/+ <input type="checkbox"/>

### 2C - Grandes opacidades

0 ☐ A ☐ B ☐ C ☐

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 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Frontal	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Diafragma	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	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
Outros locais	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		

3C - Obliteração do seio 0 ☐ 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 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Frontal	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
		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 pneumoconióticas | 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