



ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 61532352000182 Fantasia : ADA EMPREENDIMENTOS

Razão Social : ADA EMPREENDIMENTOS LTDA

Endereço : R U

N.º 380 A

Complemento :

Cidade / UF : CUIABÁ / MT

CEP : 78098470

Funcionário

Nome : Joilson Marques do Espírito Santo

Setor: PRODUCAO

CPF : 91557984115

Cargo: PREPARADOR SUCATA

RG : /

Nascimento: 10/05/1975

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/15

OE: 20/15

COM CORREÇÃO

OD: /

OE: /

Perto

Método de avaliação : Tabela de Jaeger

CORREÇÃO : NÃO

RESULTADO OLHO DIREITO : J1

RESULTADO OLHO ESQUERDO : J1

Teste Cromático

Visão Cromática: NORMAL

Usa lente/óculos: Não

Cuiabá 19 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 :66C9B0CB6298F419AF4DF65BEA47B22E
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>



ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 785639

Paciente

Nome : JOILSON MARQUES DO ESPIRITO SANTO

CPF : 91557984115

RG : /

Cargo : PREPARADOR SUCATA

Nascimento : 10/05/1975

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 type="checkbox"/>)Sim (<input checked="" type="checkbox"/> X)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, 19 de dezembro de 2025



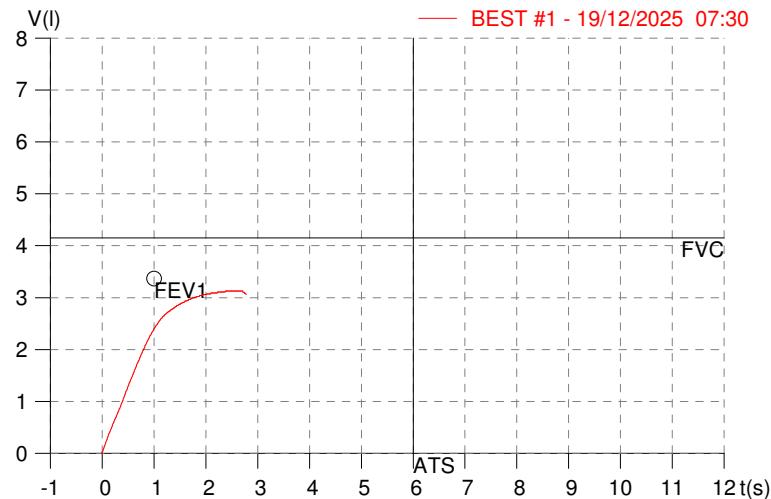
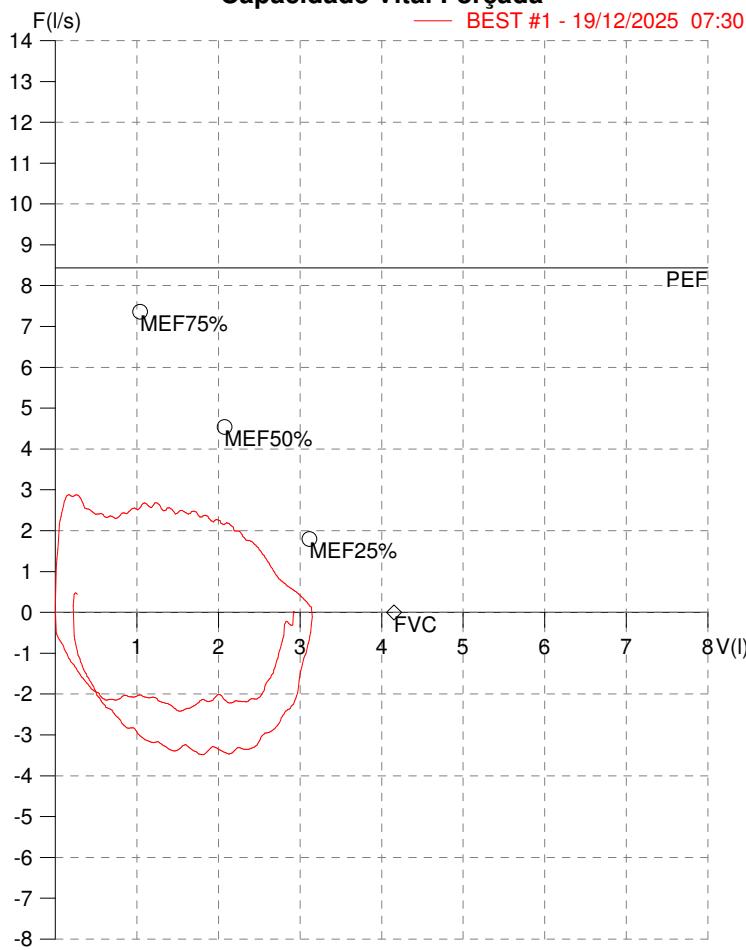
HISMET - MEDICINA DO TRABALHO
AV. GENERAL MELLO, 227. POÇÃO. CUIABÁ MT
Tel. (65)3321-7051

ID: 785639
Primeiro Nome: JOILSON MARQUES
Sobrenome: SANTO
Data: 19/12/2025

Data de nascimento: 10/05/1975
Sexo : Macho
Peso (kg): 107.0
Altura (cm): 170.0

Capacidade Vital Forçada

— BEST #1 - 19/12/2025 07:30



Parâmetro	UM	Descrição	Prev.	BEST#1	% Prev.
Best FVC	l(btps)	Melhor Capacidade Vital Forçada	4.15	3.16	76.0
FVC	l(btps)	Capacidade Vital Forçada	4.15	3.16	76.0
FEV1	l(btps)	Volume Exp Forçada em 1 seg	3.37	2.39	71.0
PEF	l/sec	Pico de Fluxo expiratório	8.44	2.88	34.2
PIF	l/sec	Pico de Fluxo Inspiratório		3.48	
FEV1/FVC% %		FEV1 em % da FVC	78.2	75.8	97.0
FEF25-75%	l/sec	Fluxo expiratório médio forçado	3.85	2.35	61.0
MEF75%	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 25% FVC	7.36	2.32	31.5
MEF50%	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 50% FVC	4.54	2.47	54.4
MEF25%	l/sec	Fluxo Exp Máx @ 75% FVC	1.80	1.76	98.1
FET100%	sec	Tempo de Expiração forçada		2.4	
LungAge	years	Idade Pulmonar		78	
PEFr	l/min	Pico de Fluxo expiratório (l/min)	506.3	173.0	34.2

Diagnóstico:

Anormalidade moderado

Impresso 19/12/2025



Protocolo : 2512190833259 Data : 19/12/2025
Paciente : JOILSON MARQUES DO ESPIRITO SANTO
Nasc.: 10/05/1975 RG : - CPF: 91557984115
Exame : RX COLUNA LOMBO SACRA AP / PERFIL

Resultado

CORPOS VERTEBRAIS VISUALIZADOS COM MORFOLOGIA E TEXTURA HABITUais.
APÓFISES ESPINHOSAS, TRANSVERSAS E PEDÍCULOS SEM ANORMALIDADES.
TRANSIÇÃO LOMBOSSACRA DE ASPECTO NORMAL.
AUSÊNCIA DE ASSIMETRIAS EVIDENTES OU ESCOLIOSE DA COLUNA.
OSTEOFITOS MARGINAIS INCIPIENTES EM CORPOS VERTEBRAIS.
LINHA DE PESO PROJETADO ANTERIOR A BASE DO SACRO.
REDUÇÃO DO ESPAÇO DISCAL NO NÍVEL L3-L4, COM OSTEOFITOS MARGINAIS ADJACENTES.
DEMAIS ESPAÇOS DISCAIS DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.
ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS DAS INTERAPOFISÁRIAS EM L5-S1.

Dr. Leandro M. Colmanetti
Médico Radiologista CRM 5995 MT RQE 4585 MT

