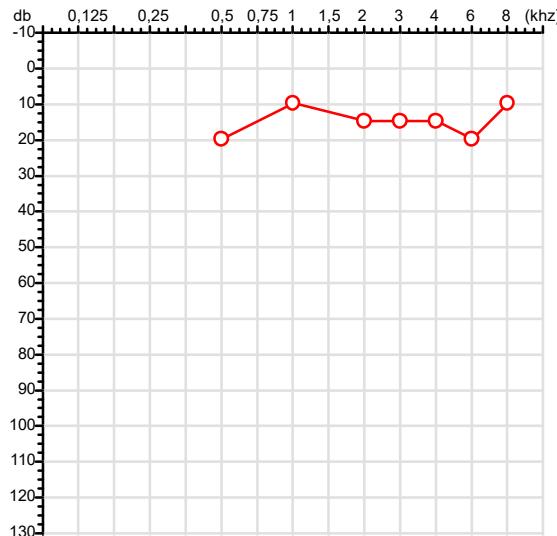
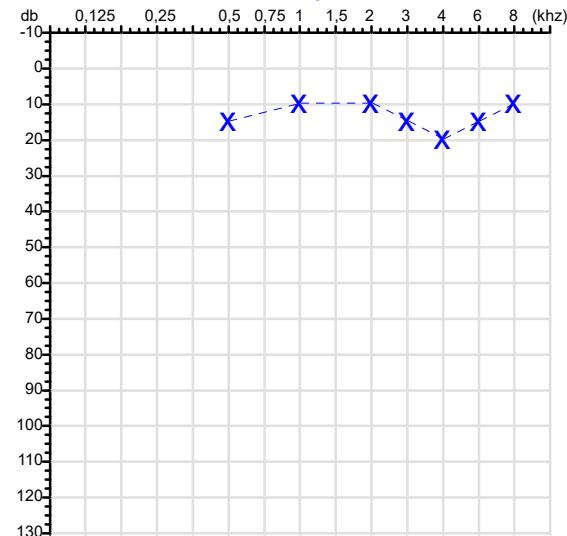


Exame n.º :785722

CPF :070.004.431-03  
 CNPJ :01.637.895/0184-22  
 Nascimento :24/02/2000  
 Motivo :Periódico  
 Repouso :14h  
 Data do Exame : 19/12/2025

Paciente :Althanir Ferreira Lemes  
 Razão :VOTORANTIM CIMENTOS SA  
 Idade : 25 anos  
 Setor :GERAL  
 Função :OPERADOR DE EMPILHADEIRA

RG :/

**Orelha Direita**

**Audiometria**
**Orelha Esquerda**

**Aérea**

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

**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	10	15	15	15	15	20	17

**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 audiometrítica (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 :FCA1616F9AF5F50AE54D8C293A2F2F2B  
 Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Althanir Ferreira Lemes

\*\* Assinado por biometria \*\*

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



## 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 : Althanir Ferreira Lemes

Setor: GERAL

CPF : 07000443103

Cargo: OPERADOR DE EMPILHADEIRA

RG : /

Nascimento: 24/02/2000

### Ficha de Acuidade Visual

#### Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

##### SEM CORREÇÃO

OD: 20/20

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 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 :67A392E3D172D52D67C2EACEE8889D65  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Protocolo : 251219100946

Data : 19/12/2025

Paciente : ALTHANIR FERREIRA LEMES

Nasc.: 24/02/2000 RG : -

CPF: 07000443103

Exame : ELETROCARDIOGRAMA ECG

### Resultado

FC = 75BPM (VARIA DE DE 50 A 100BPM, DE ACORDO COM AS ÚLTIMAS DIRETRIZES DE ECG DA SBC).

P-R = 0,12\_S (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 = 0,40S (NORMAL = 0,34 A 0,45S P/ HOMENS A 0,47S P/ MULHERES).

RITMO SINUSAL.

SÂQRS = +60° (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*

0773448155198012515962

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=977635446773448155198012515962>

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

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



Cod.: 564296	Paciente: <b>Althanir Ferreira Lemes</b>	Sexo: Masculino	Idade: 25 (A)
Atendido em: 19/12/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 07000443103	Convênio: Hismet

## GLICOSE EM JEJUM

**81 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 19/12/2025 Liberado em: 19/12/2025 13:27

Valores de Referência:  
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

**85 mg/dL**

16/12/2024



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  
CNPJ: 00.000.000/0001-00



**ATENDIMENTO CLÍNICO  
EXAME N.º 785722**

**Paciente**

Nome : ALTHANIR FERREIRA LEMES

CPF : 07000443103

RG : /

Cargo : OPERADOR DE EMPILHADEIRA

Nascimento : 24/02/2000

**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 checked="" type="checkbox"/> X )Sim ( <input type="checkbox"/> )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 checked="" type="checkbox"/> X )Sim ( <input type="checkbox"/> )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 checked="" type="checkbox"/> X )Sim ( <input type="checkbox"/> )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 checked="" type="checkbox"/> X )Sim ( <input type="checkbox"/> )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



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



785722


**Votorantim**  
 Cimentos

Nome:	<u>Alanir Fernandes Junes</u>	Idade:	<u>25</u>	Sexo:	<u>MAS</u>
Função:	<u>OP. EMPILHADORA</u>		Função:	<u>OP. EMPILHADORA</u>	
Local:					

### 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

Nome e carimbo