



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 : Josemar Ribeiro de Hungria

Setor: ENSACADEIRA

CPF : 73100773187

Cargo: TECNICO MANTENEDOR I

RG : 15731642 / SSP MT

Nascimento: 10/03/1986

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

COM CORREÇÃO

OD: 20/10

OD: /

OE: 20/10

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 30 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

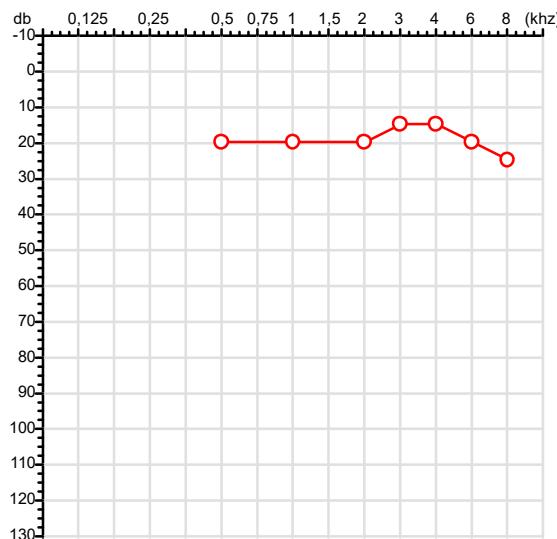
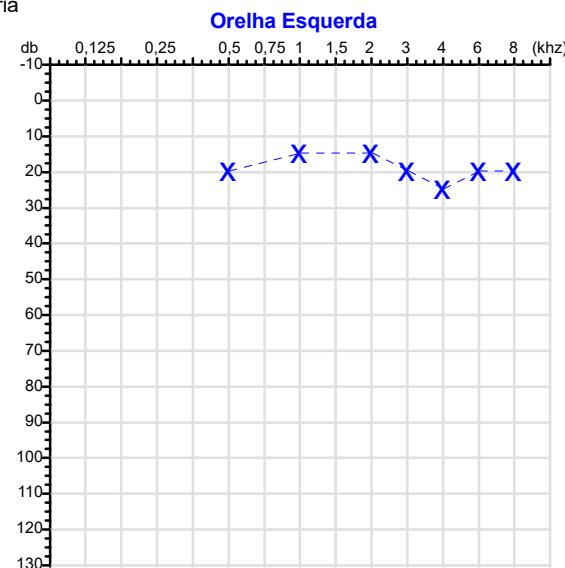
Autenticação Assinatura :44A882038E559D59B7719A4C696E8124
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Exame n.º :786969

CPF :731.007.731-87
 CNPJ :01.637.895/0184-22
 Nascimento :10/03/1986
 Motivo :Periódico
 Repouso :14h
 Data do Exame : 30/12/2025

Paciente :Josemar Ribeiro de Hungria
 Razão :VOTORANTIM CIMENTOS SA
 Idade : 39 anos
 Setor :ENSACADEIRA
 Função :TECNICO MANTENEDOR I

RG :15731642/SSP MT

Orelha Direita

Audiometria

Aérea

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

Óssea

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6
OD db	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG	NDG

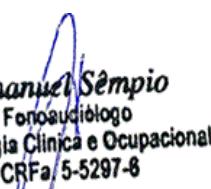
Médias Tritonais

Khz	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	20	20	20	20	15	15	20	17

Laudo Clínico OD

Audição normal

Classificações: tipo de perda auditiva (Silman e Silverman - 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 :75CD9F1625296A172BDD46E23C850489

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


Josemar Ribeiro de Hungria

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiômetro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025

Cod.: 565100	Paciente: Josemar Ribeiro de Hungria	Sexo: Masculino	Idade: 39 (A)
Atendido em: 30/12/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 73100773187	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM

82 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 30/12/2025 Liberado em: 30/12/2025 13:55

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

95 mg/dL
06/01/2023

84 mg/dL
04/09/2023

79 mg/dL
04/01/2024

73 mg/dL
06/01/2025



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

CNES: 3055612

N 2786969



Nome: Josemar R. De Hungria
 Função: Técnico Manutenção I
 Local: PRODUÇÃO 1-C

Idade: 39
 Função:

Sexo: M

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 []
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 []
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 []
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 []
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 []
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"

Josemar Ribeiro Hungria

Dr. João Batista de Almeida
 Médico
 CRM-MT 15709

Nome e carimbo



**ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 786969**

Paciente

Nome : JOSEMAR RIBEIRO DE HUNGRIA

CPF : 73100773187

RG : 15731642/SSP MT

Cargo : TECNICO MANTENEDOR I

Nascimento : 10/03/1986

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

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

Cuiabá-MT, 30 de dezembro de 2025

[assinatura]

Protocolo : 251230104448

Data : 30/12/2025

Paciente : JOSEMAR RIBEIRO DE HUNGRIA

Nasc.: 10/03/1986 RG : 15731642-SSP MT

CPF: 73100773187

Exame : ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 62BPM (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 = 0,36S (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

RITMO SINUSAL

ALTERAÇÃO DA REPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR INFERIOR

DRA. JAMILA LEITE XAVIER

Cardiologista CRM MT 6422 RQE 4016 MT

Dr. Jamila L. Xavier

740067847062520532733

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=82464757440067847062520532733>

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

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

