

Cod.: 567852	Paciente: Joilson Domingos da Silva	Sexo: Masculino	Idade: 25 (A)
Atendido em: 21/01/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 06280989100	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM**84 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 21/01/2026 Liberado em: 21/01/2026 11:15

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

77 mg/dL

12/02/2025



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.ultracenter.com.br

Protocolo : 26012110051346

Data : 21/01/2026

Paciente : JOILSON DOMINGOS DA SILVA

Nasc.: 23/05/2000 RG :-

CPF: 06280989100

Exame : ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 78BPM (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 = 0,40S (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

2030596747049660065

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=35673048305896747049660065>

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

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





**ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 793176**

Paciente

Nome : JOILSON DOMINGOS DA SILVA

CPF : 06280989100

RG : /

Cargo : OPERADOR MANTENEDOR II

Nascimento : 23/05/2000

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"/>)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, 21 de janeiro de 2026



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





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 : Joilson Domingos da Silva

Setor: MOAGEM CIMENTO

CPF : 06280989100

Cargo: OPERADOR MANTENEDOR II

RG : /

Nascimento: 23/05/2000

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 21 de janeiro de 2026

Resultado: NORMAL

Dra. Carolina Vieira Ormonde
Médica
CRM-MT 13330

Dra. Carolina Vieira Ormonde
CRM-MT 13330
NIS 19030722315

Autenticação Assinatura :E4755254B6F0CC0F83E79426BCDB5CAB
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>


FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA — CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT
Nome: JOILSON DOMINGOS DA SILVA

RG: NÃO INFORMADO

Sexo: MASCULINO

Data Nasc.: 23/05/2000

CPF: 06280989100

Controle: NÃO INFORMADO

Data

21/01/2026

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
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 []	[]	[]	2/1 [] 2/2 [] 2/3 []
q [] t []	[]	[]	3/2 [] 3/3 [] 3/+ []
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 pneumoconíticos 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, quarta-feira, 21 de janeiro de
2026
12:12:53

Dr Ronaldo Zupo

CRM 13252

Data da Visita	21/01/2026
Impresso em	21/01/2026

Nome	ID1	Sexo	Idade	Peso (kg)	Altura (cm)
JOILSON DOMINGOS DA SILVA	793176	Masculino	25,6	96,00	174,0
Agrupamento	D.O.B.	BMI (kg/m ²)	Fumante	Anos de Tabag...	Cig/Dia
--	23/05/2000	31,7	Sim	3	3
Técnico	Médico	Classe 2		Etnia	
--		--		Outros/Não Especificado	

CAPACIDADE VITAL FORÇADA

Imprimir Resultado dos testes

Definir previsão

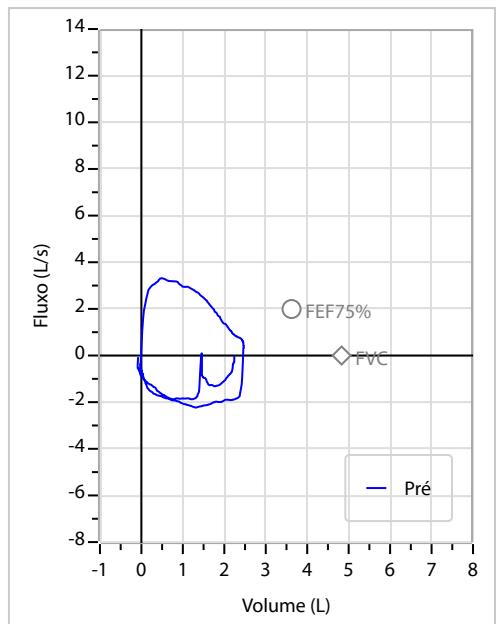
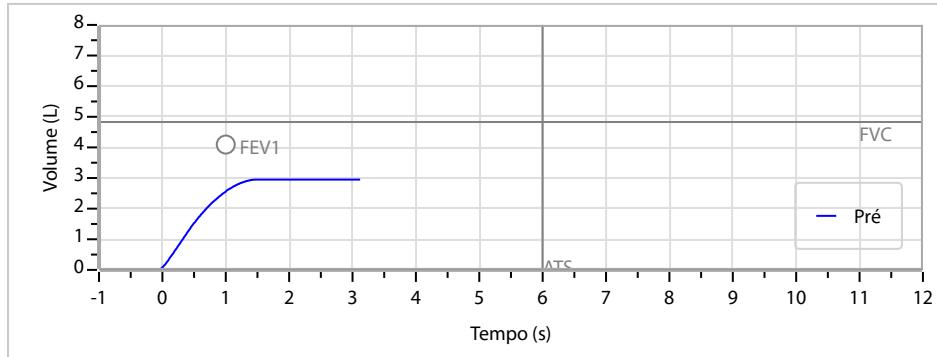
09:26

Posição do Teste

GLI

SENTADO

	Meas.	Pred	% Pred	z score
FVC	L	2,98	4,83	62
FEV1	L	2,56	4,09	62
FEV1/FVC%	%	85,8	85,1	101
FEV1/Vcmax%	%	85,8	85,1	101



Interpretação

O indivíduo tem uma relação FEV1/FVC% de 85,8% que está dentro do limite normal e um valor FVC de 2,98 L que está abaixo de LLN. Os resultados do teste indicam uma POSSÍVEL RESTRIÇÃO.

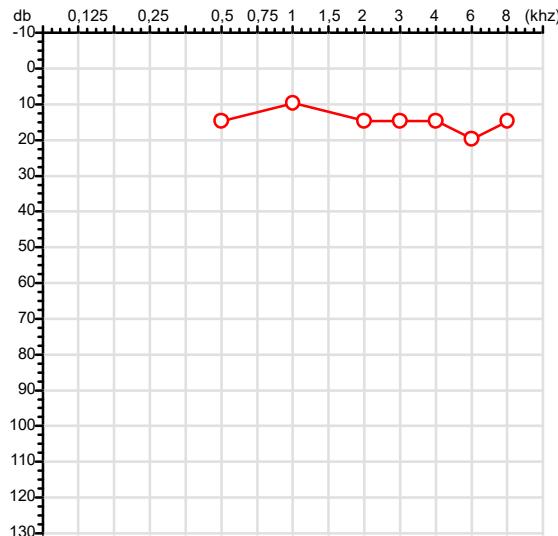
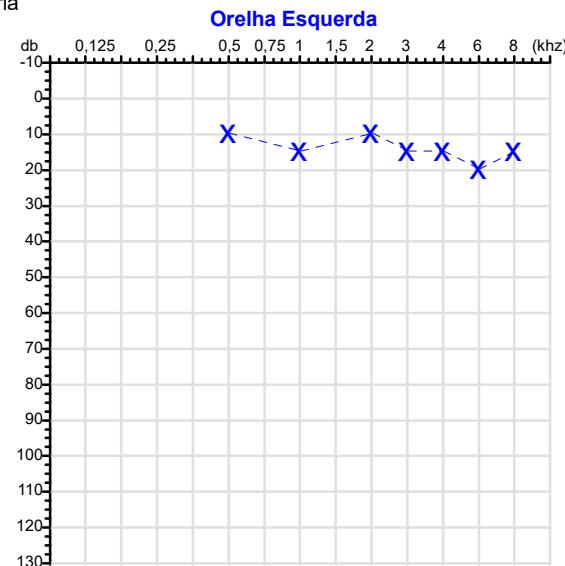
Assinatura: _____

Exame n.º :793176

CPF :062.809.891-00
 CNPJ :01.637.895/0184-22
 Nascimento :23/05/2000
 Motivo :Periódico
 Repouso :14h
 Data do Exame : 21/01/2026

Paciente :JOILSON DOMINGOS DA SILVA
 Razão :VOTORANTIM CIMENTOS SA
 Idade : 25 anos
 Setor :MOAGEM CIMENTO
 Função :OPERADOR MANTENEDOR II

RG :/

Orelha Direita

Audiometria

Aérea

Khz	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OD db	NDG	15	10	15	15	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	15	10	15	13	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 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 :A1EF0E07DCBA48377BFB866B02671F3B

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

Joilson Domingos da Silva

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiômetro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025

N- 793576



Nome: <u>Wilson Domingos no Silveira</u>	Idade: <u>25</u>	Sexo: <u></u>
Função: <u>Operador manutenção</u>	Função: <u>Operador manutenção</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"


Dra. Carolina Vieira
Médica
CRM-MT - 13330

Nome e carimbo