

Cod.: 567852	Paciente: <b>Joilson Domingos da Silva</b>	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

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*

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=356730484803058967427049660065>

CRM-MT 6422

AV. GENERAL MELLO, 227 - POÇÃO - 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?                                   | ( )Sim ( X )Não |
| 2.Tem falta de apetite?   | ( )Sim ( X )Não |
| 3.Dorme mal?  | ( )Sim ( X )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, 21 de janeiro de 2026



Como validar o documento pelo ITI:  
Leia o qr-code e siga as instruções 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 <sup>VISTA</sup>

### 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

Resultado: NORMAL

Cuiabá 21 de janeiro de 2026

*Dra. Carolina Vieira Ormonde*  
Médica  
CRM-MT 13330<sup>3</sup>

Dra. Carolina Vieira Ormonde  
CRM-MT 13330  
NIS 19030722315

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



# IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA POR IMAGEM

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

54G7



## FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA — CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS 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

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, quarta-feira, 21 de janeiro de  
2026  
12:12:53

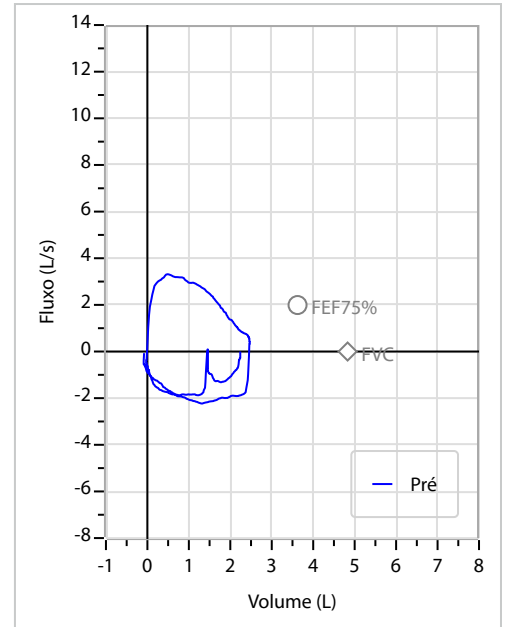
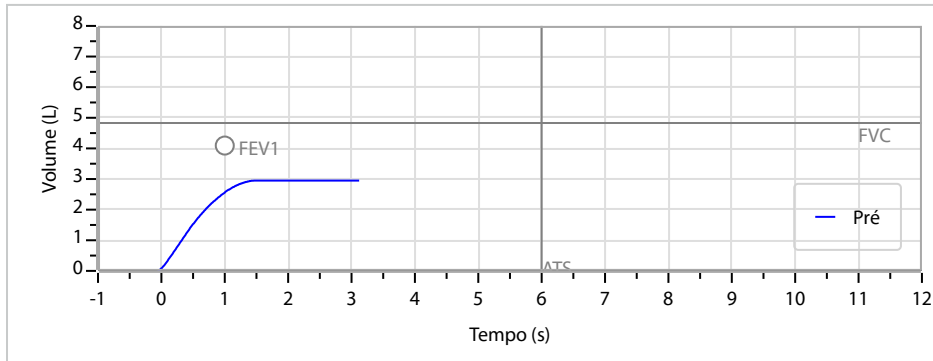
Dr Ronaldo Zupo

CRM 13252

Nome	JOILSON DOMINGOS DA SILVA		ID1	793176	Sexo	Masculino	Idade	25,6	Peso (kg)	96,00	Altura (cm)	174,0
Agrupamento	--	D.O.B.	23/05/2000	--	BMI (kg/m2)	31,7	Fumante	Sim	Anos de Tabag...	3	Cig/Dia	3
Técnico	--	Médico	--	--	Classe 2	--	Etnia	--	Outros/Não Especificado			

<b>CAPACIDADE VITAL FORÇADA</b>	Imprimir Resultado dos testes	Definir previsão	Posição do Teste
	09:26	GLI	SENTADO

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

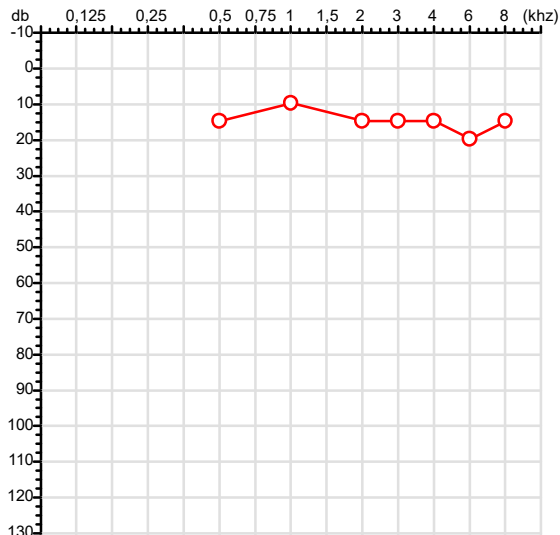
CPF :062.809.891-00  
CNPJ :01.637.895/0184-22  
Nascimento :23/05/2000  
Motivo :Periódico  
Repouso :14h  
Data do Exame : 21/01/2026

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

RG :/

## Audiometria

### Orelha Direita



### Aérea

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

### Ossea

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

### Médias Tritonais

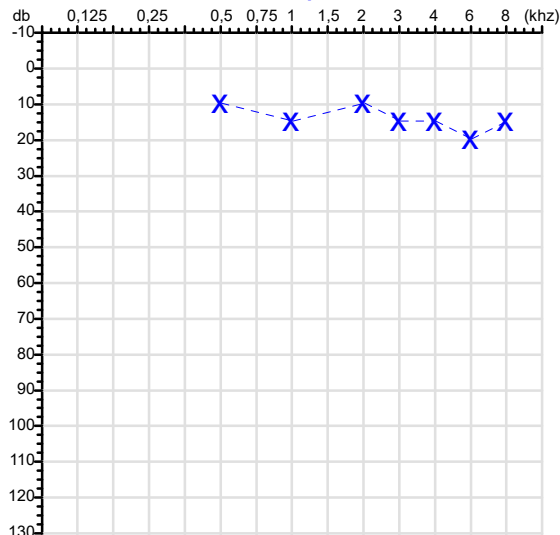
KhZ	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	15	10	15	13	15	15	20	17

### 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)

### Orelha Esquerda



KhZ	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OE db	NDG	10	15	10	15	15	20	15

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	10	15	10	12	15	15	20	17

### 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 - 6

Assinatura eletrônica :A1EF0E07DCBA48377BFB866B02671F3B

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

*Joilson Domingos da Silva*

\*\* Assinado por biometria \*\*

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025

N-793576



Nome: <u>Wilson Domingos do Silva</u>	Idade: <u>25</u>	Sexo: <u></u>
Função: <u>Perador Montador</u>	Função: <u>Perador Montador</u>	
Local: <u></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 <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
8 - Há alguém na sua casa com epilepsia em algum asilo?	SIM [ ] NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

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 Vitorino  
 Médica  
 CRM/MT - 13330

\_\_\_\_\_  
Nome e carimbo