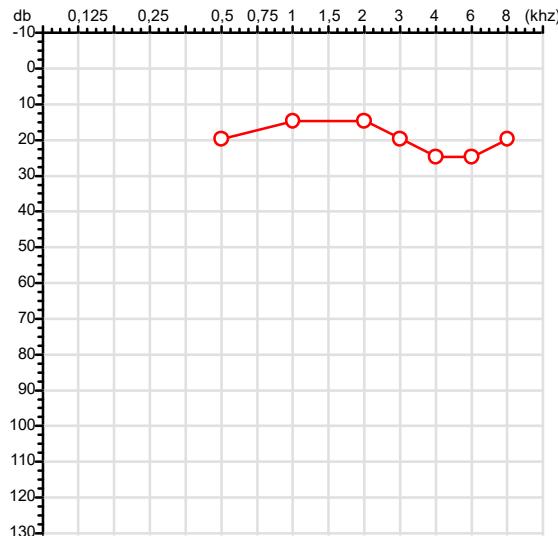
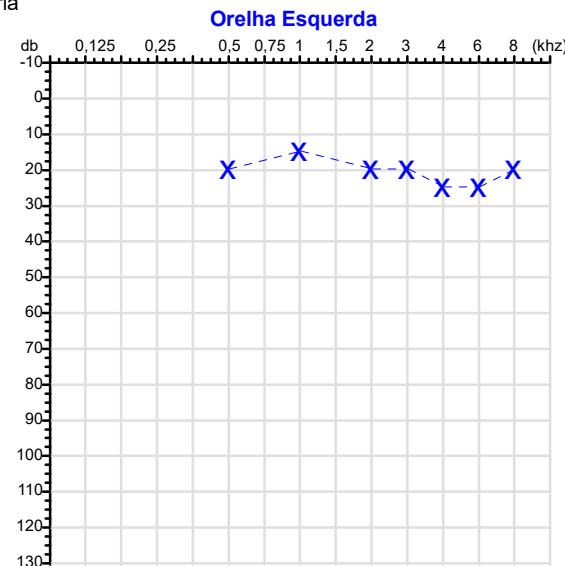


Exame n.º :794407

CPF :836.124.401-87
 CNPJ :01.637.895/0184-22
 Nascimento :28/06/1981
 Motivo :Periódico
 Repouso :14h
 Data do Exame : 23/01/2026

Paciente :RODENIU ELENO CINTRA
 Razão :VOTORANTIM CIMENTOS SA
 Idade : 44 anos
 Setor :GERAL
 Função :OPERADOR DE MAQUINAS MOVEIS II

RG :11351365/SJ MT

Orelha Direita

Audiometria

Aérea

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

Óssea

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

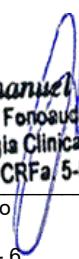
Médias Tritonais

	0,5	1	2	=	3	4	6	=
OD db	20	15	15	17	20	25	25	23

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 :4670A0B589D122F99F334030D2198035

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


Rodeniu Eleno Cintra

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiômetro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025

Protocolo : 260123085047

Data : 23/01/2026

Paciente : RODENIU ELENO CINTRA

Nasc. : 28/06/1981 RG : 11351365-SJ MT

CPF : 83612440187

Exame : ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 66BPM (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 = 0,37S (NORMAL = 0,34 A 0,45S P/ HOMENS A 0,47S P/ MULHERES).

RITMO SINUSAL.

SÂQRS = +30° (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

7450746601641642559879

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=577712547450746601641642559879>

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

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



Cod.: 568148	Paciente: Rodeniu Eleno Cintra	Sexo: Masculino	Idade: 44 (A)
Atendido em: 23/01/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 83612440187	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM**90 mg/dL**

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 23/01/2026 Liberado em: 23/01/2026 12:08

Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

92 mg/dL

07/02/2025



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



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 : Rodeniu Eleno Cintra

Setor: GERAL

CPF : 83612440187

Cargo: OPERADOR DE MAQUINAS MOVEIS II

RG : 11351365 / SJ MT

Nascimento: 28/06/1981

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/25

OE: 20/10

COM CORREÇÃO

OD: 20/10

OE: 20/10

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: Sim

Cuiabá 23 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 :11188C58A6ACFBF19409DB402F0C2CA2
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>



**ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 794407**

Paciente

Nome : **RODENIU ELENO CINTRA**

CPF : **83612440187**

RG : **11351365/SJ MT**

Cargo : **OPERADOR DE MAQUINAS MOVEIS II**

Nascimento : **28/06/1981**

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 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 checked="" type="checkbox"/> X)Sim (<input type="checkbox"/>)Não |
| 20.Você se cansa com facilidade? | (<input checked="" type="checkbox"/> X)Sim (<input type="checkbox"/>)Não |

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

Cuiabá-MT, 23 de janeiro de 2026



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



Nome: <u>Rodrigo Henrique</u>	Idade: <u>49</u>	Sexo: <u>M</u>
Função: <u>Operador de máquina Mover</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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
8 - Há alguém na sua casa com epilepsia em algum asilo?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

Fonte: Li Min; Li at all, 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 Viana Urmonde
 Médica
 CRM/MT - 13330

Nome e carimbo