



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 : Andre Luiz Torres Nasta

Setor: GERAL

CPF : 01528012607

Cargo: TECNICO MANTENEDOR I

RG : 0861786 / SSPMG

Nascimento: 08/01/1987

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 23 de janeiro de 2026

Resultado: NORMAL

Dra. Carolina Vieira Ormonde
Médica
CRM-MT 13330

Dra. Carolina Vieira Ormonde
CRM-MT 13330
NIS 19030722315

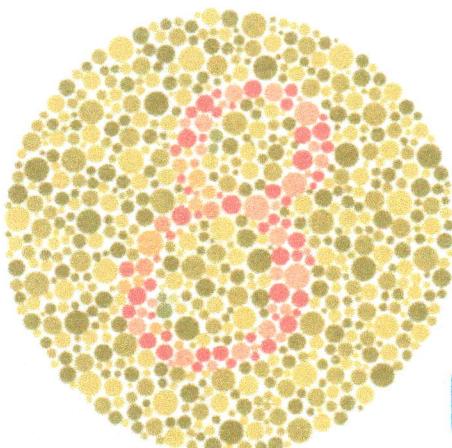
Autenticação Assinatura :65F846CB91ED6445D0B9E3E63AA9A057
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

TESTE DE ISHIHARA (cores)

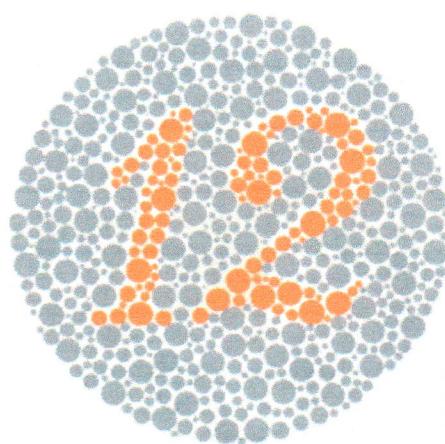
Qual N° você vê na imagem ?

Nome: André Luiz Tavares Motta

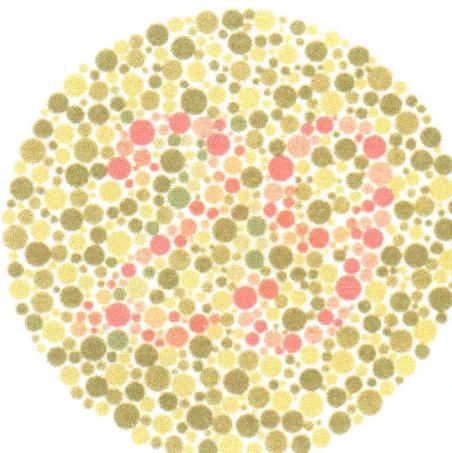
Data: 23/01/2026



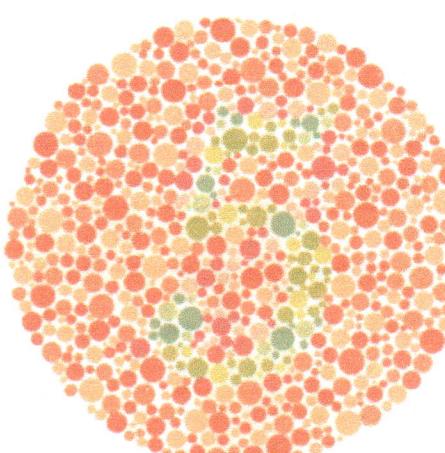
8



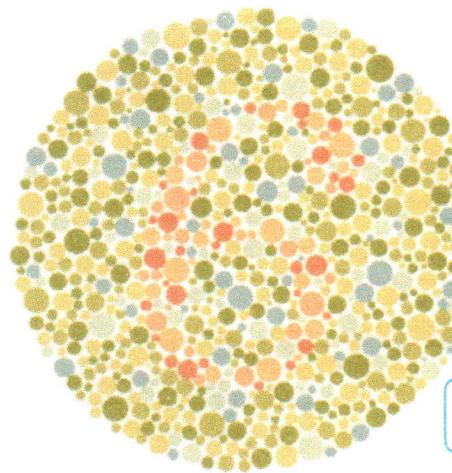
12



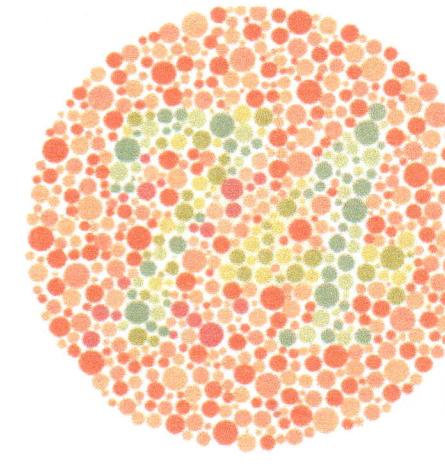
29



5



6



74

Assinatura Candidato: André Motta

Conclusão: Você acertou todas as questões, provavelmente você não sofre de daltonismo.

Você não acertou todas as questões, talvez você tenha um grau de daltonismo, sugerimos uma consulta com um médico especialista.

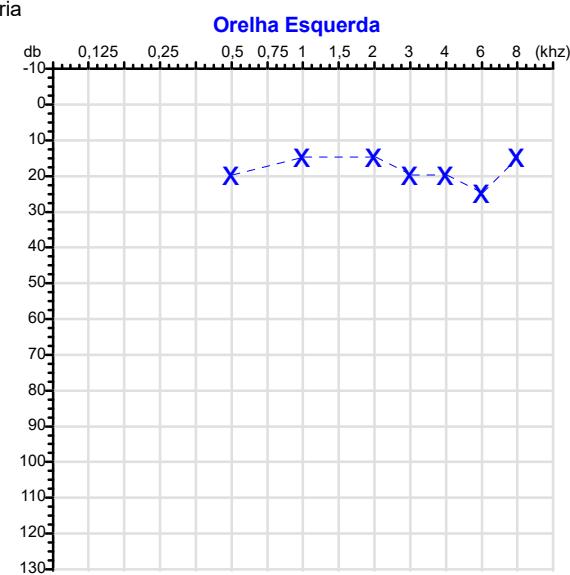
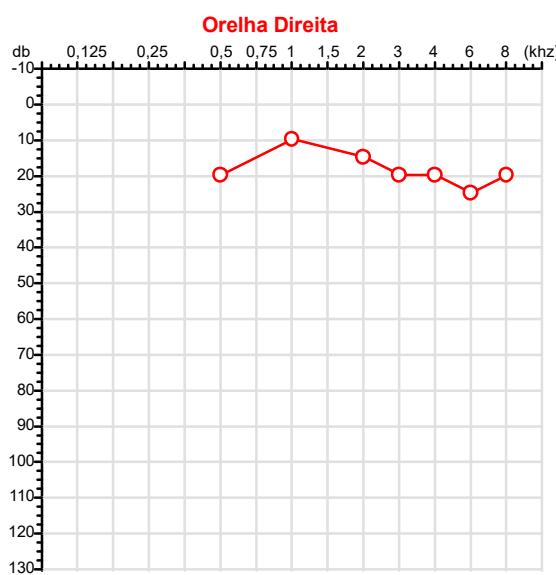
Dra. Carolina Viana Urmonde
Médica
CRM-MT 13330
Médico

Exame n.º :794482

CPF :015.280.126-07
 CNPJ :01.637.895/0184-22
 Nascimento :08/01/1987
 Motivo :Admissional
 Repouso :14h
 Data do Exame : 23/01/2026

Paciente :Andre Luiz Torres Nasta
 Razão :VOTORANTIM CIMENTOS SA
 Idade : 39 anos
 Setor :GERAL
 Função :TECNICO MANTENEDOR I

RG :0861786/SSPMG


Aérea

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

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	20	20	25	22

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 :A2CAF97B5E20960068542C0363F639E5
 Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Andre Luiz Torres Nasta

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiômetro :AVS500 - VIBRASOM
 Última Aferição :12/08/2025



**ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 794482**

Paciente

Nome : ANDRE LUIZ TORRES NASTA

CPF : 01528012607

RG : 0861786/SSPMG

Cargo : TECNICO MANTENEDOR I

Nascimento : 08/01/1987

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, 23 de janeiro de 2026



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



Cod.: 568197	Paciente: Andre Luiz Torres Nasta	Sexo: Masculino	Idade: 39 (A)
Atendido em: 23/01/2026	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 01528012607	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM

78 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



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 : 26012310200748

Data : 23/01/2026

Paciente : Andre Luiz Torres Nasta

Nasc.: 08/01/1987 RG : 0861786-SSPMG

CPF: 01528012607

Exame : ELETROCARDIOGRAMA ECG

Resultado

FC = 56BPM (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.

RITMO SINUSAL.

SÂQRS = +30° (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

09683180873-32081608221

CRM-MT 6422

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=595921689963180873-32081608221>

AV. GENERAL MELLO, 227 - POÇAO - CEP 78015-300 - CUIABÁ - MT
FONE: (65) 3055-2051 - IMAGGI@IMAGGI.COM.BR



Nome: José Luiz Basso Nusta Idade: 39 Sexo: MASC
 Função: Técnico Administrador I Função:
 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 para 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 - 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 <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 Basso Nusta
Médica
CRM-MT - 13330

Nome e carimbo