



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 VISTA
Cidade / UF : CUIABÁ / MT CEP : 78108000

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

Resultado: NORMAL

Cuiabá 23 de janeiro de 2026

Dra. Carolina Vieira Ormonde
Médica
CRM-MT 13330³

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)

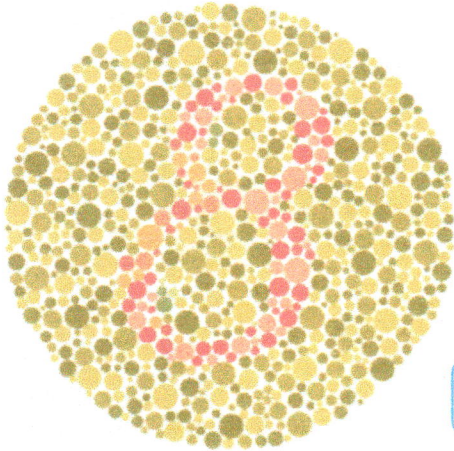
Qual N° você vê na imagem ?

Nome:

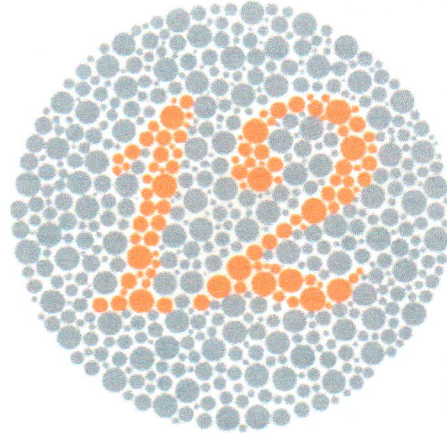
Andre Luiz Tavares Costa

Data:

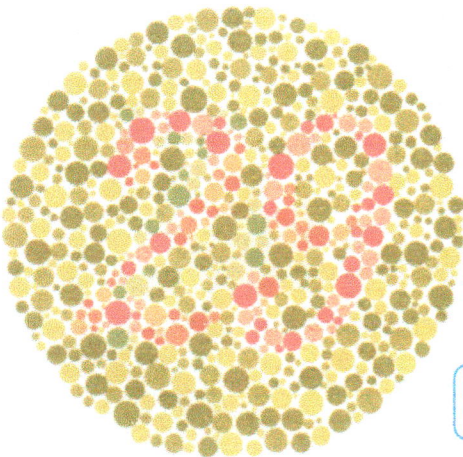
23/01/2026



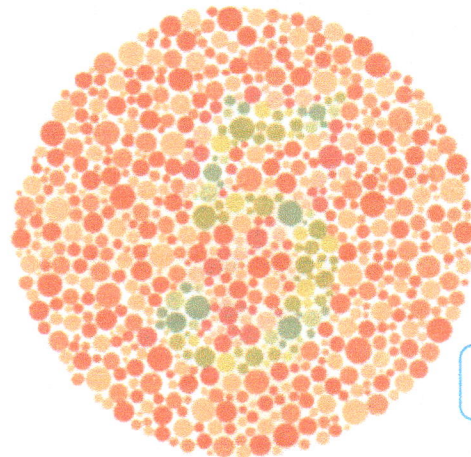
8



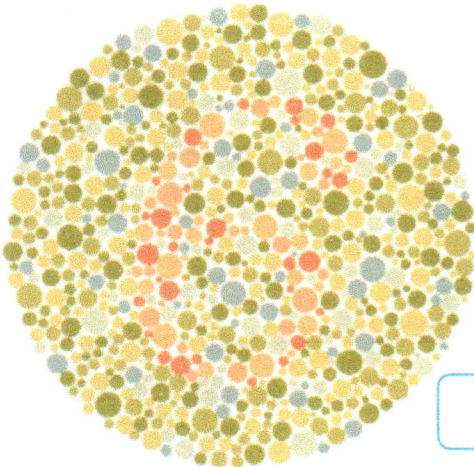
12



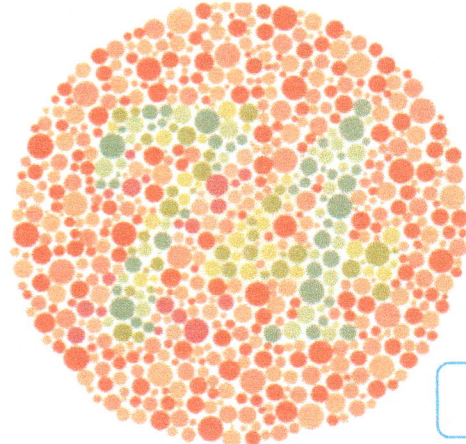
29



5



6



74

Assinatura Candidato:

Andre Costa

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 Vieira Urmonde
Médica
CRM/MT 23330
Médico

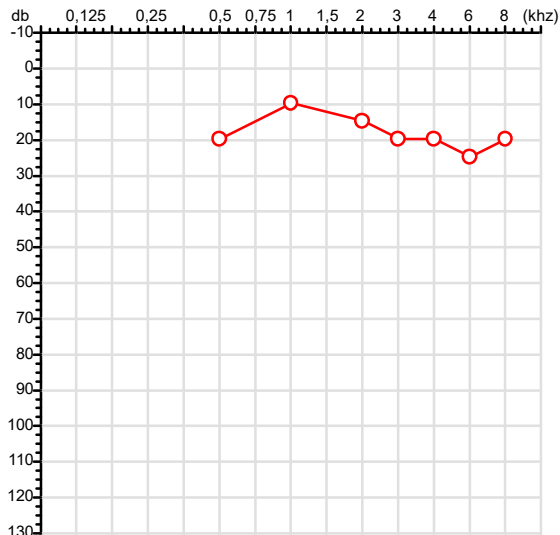
Exame n.º :794482

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

Orelha Direita



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 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 - 8

Assinatura eletrônica :A2CAF97B5E20960068542C0363F639E5

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

Andre Luiz Torres Nasta

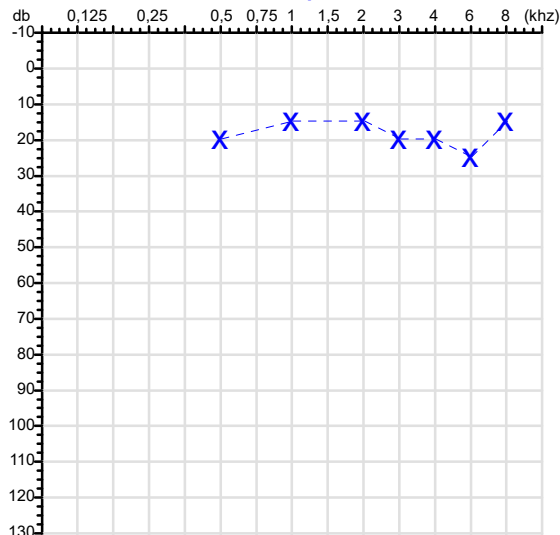
** Assinado por biometria **

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2025

Audiometria

Orelha Esquerda



KhZ	0,25	0,5	1	2	3	4	6	8
OE db	NDG	20	15	15	20	20	25	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	20	15	15	17	20	20	25	22

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)



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? | ()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, 23 de janeiro de 2026



Como validar o documento pelo ITI:
Leia o qr-code e siga as instruções 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

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

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=595921689968318337338081608221>

CRM-MT 6422

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

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



Nome: <u>Adriana Liz Lago Neta</u>	Idade: <u>39</u>	Sexo: <u>Masculino</u>
Função: <u>Técnico Manutenção I</u>	Função: _____	
Local: _____		

QUESTIONÁRIO OMS

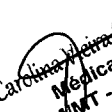
Questionário I - Questionário para identificação de indivíduos com epilepsia (OMS)

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 [] 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 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 Almeida Ormonde
 Médica
 CRM-MT - 13330

Nome e carimbo