

Exame n.º :732855

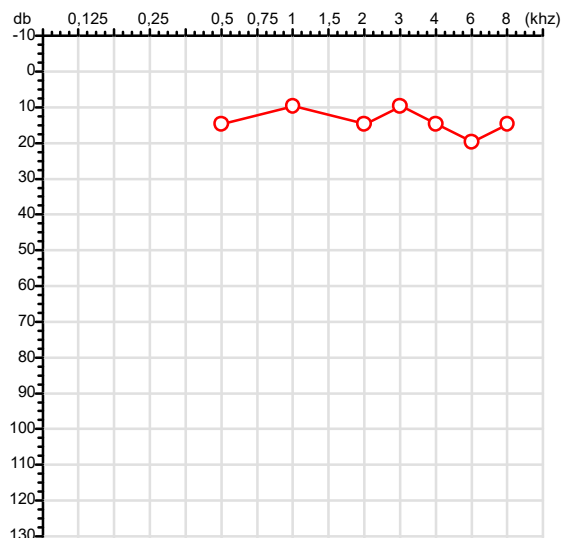
CPF :134.852.397-20
CNPJ :01.637.895/0184-22
Nascimento :24/08/1991
Motivo :Periódico
Repouso :14h
Data do Exame : 15/04/2025

Paciente :VITOR DA SILVA PAULINO
Razão :VOTORANTIM CIMENTOS SA
Idade : 33 anos
Setor :ME - PREVENTIVA ELETRICA
Função :TECNICO ESPECIALISTA EM MANUTENCAO I

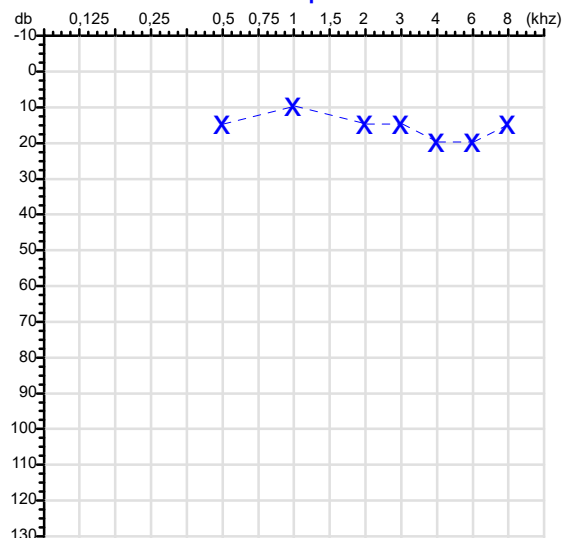
RG :25655564/DETRANRJ

Audiometria

Orelha Direita



Orelha Esquerda



Aérea

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

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 :C785F81DE619D4E8049107D963E94AAA

Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>*Vitor da Silva Paulino*

** Assinado por biometria **

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2024



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 : Vitor da Silva Paulino Setor: ME - PREVENTIVA ELETRICA
CPF : 13485239720 Cargo: TECNICO ESPECIALISTA EM MANUTENCAO I
RG : 25655564 / DETRANRJ Nascimento: 24/08/1991

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/10

OE: 20/15

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

Resultado: NORMAL

Cuiabá 15 de abril de 2025

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior

CRM-MT 15809

Autenticação Assinatura :63F243BA6CA12D09828E80CBE6483D22
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Cod.: 524853	Paciente: Vitor da Silva Paulino	Sexo: Masculino	Idade: 33 (A)
Atendido em: 15/04/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 13485239720	Convênio: Hismet

GLICOSE EM JEJUM 103 mg/dL

Método: Enzimático Colorimétrico Material: Soro Coletado em: 15/04/2025 Liberado em: 15/04/2025 10:14

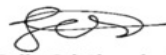
Valores de Referência:
70 a 99 mg/dL

Histórico de Resultados

99 mg/dL	93 mg/dL
12/04/2023	16/04/2024



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
CNPJ: 08.555.112

Cod.: 524853	Paciente: Vitor da Silva Paulino	Sexo: Masculino	Idade: 33 (A)
Atendido em: 15/04/2025	Profissional Solicitante: Dr.(a) Rafael Correa da Costa	Cadastro de Pessoas Físicas: CPF: 13485239720	Convênio: Hismet

HEMOGRAMA

Método: Automação VIDACOUNT 860 Material: PLASMA EDTA Coletado em: 15/04/2025 Liberado em: 15/04/2025 16:35

Eritrograma

		Valores de Referência
Hemácias em milhões/ mm ³:	5,98	4,30 a 5,70/mm ³
Hemoglobina em g/dL.....:	15,9	13,5 a 17,5g/dL
Hematócrito em %.....:	49,4	39,0 a 50,0%
Vol. Glob. Média em fl.....:	82,6	80,0 a 95,0fl
Hem. Glob. Média em pg.....:	26,6	26,0 a 34,0pg
C.H. Glob. Média em g/dL.....:	32,2	31,0 a 36,0g/dL
RDW.....:	14,4	11,0 a 15,0%

Leucograma

				Valores de Referência
Leucócitos.....:	7.910/mm³			3.500 a 10.000/mm ³
Neutrófilos.....:	67,1%	5.308/mm³	50 a 70	2000 a 7000
Blastos.....:	0,0%	0/mm³	0	0
Promielocitos.....:	0,0%	0/mm³	0	0
Mielocitos.....:	0,0%	0/mm³	0	0
Metamielocitos.....:	0,0%	0/mm³	0	0
Bastões.....:	0,0%	0/mm³	0 a 6	0 a 600
Segmentados.....:	67,1%	5.308/mm³	50 a 70	2000 a 7000
Eosinófilos.....:	1,3%	103/mm³	2 a 4	80 a 600
Basófilos.....:	0,3%	24/mm³	0 a 2	0 a 200
Linfócitos típicos.....:	22,8%	1.803/mm³	25 a 35	1000 a 3500
Linfócitos atípicos.....:	0,0%	0/mm³	0	0
Monócitos.....:	8,5%	672/mm³	2 a 10	400 a 1000

Plaquetas

Plaquetas.....:	283.000/mm³	150.000 a 450.000/mm ³
VPM.....:	10,6/fl	6,7 a 10,0fl
Plaquetócrito.....:	0,300%	0,10 a 0,50%
PDW.....:	15,7	15,0 a 17,9%



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
CNPJ: 08.555.542



ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 732855

Paciente

Nome : VITOR DA SILVA PAULINO

CPF : 13485239720

RG : 25655564/DETRANRJ

Cargo : TECNICO ESPECIALISTA EM
MANUTENCAO I

Nascimento : 24/08/1991

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, 15 de abril de 2025

Assinatura Biométrica

Assinatura do Colaborador

722855



Nome: Vitor da Silva Paulino Idade: _____ Sexo: M
 Função: Ag. Esp. Manutencão Função: _____
 Local: Huspet

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 ☒
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 ☒
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 ☒
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 ☒
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 ☒
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 ☒
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 ☒
8 - Há alguém na sua casa com epilepsia em algum asilo?	SIM [] NÃO ☒

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"

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Nome e carimbo

X