

Protocolo : 25080509411447 Data : 05/08/2025
Paciente : ANATALIA SANTOS DE ARAUJO SILVA
Nasc. : 22/11/1986 RG : 19827776-SSPMT CPF : 02892530121
Exame : RX COLUNA LOMBO SACRA AP / PERFIL

Resultado

CORPOS VERTEBRAIS VISUALIZADOS COM MORFOLOGIA E TEXTURA HABITUAIS.
APÓFISES ESPINHOSAS, TRANSVERSAS E PEDÍCULOS SEM ANORMALIDADES.
TRANSIÇÃO LOMBOSSACRA DE ASPECTO NORMAL.
ESPAÇOS DISCAIS DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.
AUSÊNCIA DE ASSIMETRIAS EVIDENTES OU ESCOLIOSE DA COLUNA.
OSTEOFITOS MARGINAIS INCIPIENTES EM CORPOS VERTEBRAIS.
LINHA DE PESO PROJETADO ANTERIOR A BASE DO SACRO.



Dr. Leandro M. Colmanetti
Médico Radiologista CRM 5995 MT RQE 4585 MT

v1.0 Chave: <http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=484571484247436311892126919896>





ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 16619378002402 Fantasia : CIMED E CO. S.A.
Razão Social : CIMED E CO. S.A.
Endereço : RUA CASSIO DE CARVALHO N.º 26 Complemento :
Cidade / UF : POUSO ALEGRE / MG CEP : 37553082

Funcionário

Nome : Anatalia Santos de Araujo Silva Setor: GERAL
CPF : 02892530121 Cargo: AUXILIAR DE LOGISTICA I
RG : 19827776 / SSPMT Nascimento: 22/11/1986

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 5 de agosto de 2025

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior

CRM-MT 15709

Autenticação Assintatura :2FE5E03A26470382609FF203095D50E3
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

CIMED**Protocolo de Avaliação de Fatores Psicossociais**

Nome: <u>Anatália Santos de Araújo Silva</u>		
Data de Nascimento: <u>22.11.1986</u>		Data da Aplicação: <u>05.08.2025</u>
Setor: <u>Justiça MJ</u>		Função: <u>Auxiliar Logística</u>
Atividades de risco:		RE: <u>C</u>
Cidade de origem?		Com quem reside?
Antecedentes de saúde:		
Você tem ou já teve algum desmaio?	() Sim (X) Não	Quando?
Você tem ou já teve algum episódio de convulsão?	() Sim (X) Não	Quando?
Você tem ou já teve quadro de tontura ou labirintite?	() Sim (X) Não	Qual?
Você tem algum problema no coração?	() Sim (X) Não	Qual?
Você tem pressão alta?		
Você tem diabetes?	() Sim (X) Não	Qual tipo?
Você tem problema de tireóide?	() Sim (X) Não	Qual tipo?
Você precisa repor vitaminas?	() Sim (X) Não	Qual(ais)?
Você já fez alguma cirurgia no último ano?	() Sim (X) Não	Qual(ais)?
Você tem alguma doença respiratória ou falta de ar?	() Sim (X) Não	Qual?
Faz ou já fez algum tratamento:	() Psiquiátrico () Psicológico () Neurológico	Quanto tempo? <u>~~~~~</u>
Faz ou já fez o uso de algum medicamento controlado?	() Sim (X) Não	Qual?
Já teve ou tem:	() Ansiedade () Depressão () Outro	Qual?
Já pensou em retirar a sua própria vida?	() Sim (X) Não	
Faz o uso de:	Bebida Alcoólica	Quantas vezes por semana?
	Cigarro	Quantos por dia?
	Droga	Qual e com qual frequência?
Dorme bem?	(X) Sim () Não () Insônia	
Já realizou trabalho em altura?	Sim	Como foi a experiência?
	Não	Como acredita que será?
Já realizou trabalho confinado?	Sim	Como foi a experiência?
	Não	Como acredita que será?
Você já passou por algum acidente de trabalho	() Sim (X) Não	Qual?
Você já se acidentou no trânsito?	() Sim (X) Não	
Costuma ter/sentir:		
desânimo	() Nunca (X) Raramente () Frequentemente () Sempre	
Crise de choro	() Nunca (X) Raramente () Frequentemente () Sempre	
Sentimentos de abandono	() Nunca (X) Raramente () Frequentemente () Sempre	
capacidade	() Nunca () Raramente () Frequentemente (X) Sempre	
Falta de apetite ou apetite	(X) Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre	
Vontade de se isolar	() Nunca (X) Raramente () Frequentemente () Sempre	
Mau-humor ou irritação	(X) Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre	
Cansaço	() Nunca (X) Raramente () Frequentemente () Sempre	

X Anatália Santos de Araújo Silva

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Instruções: Leia cada pergunta e responda se você sentiu ou experienciou o que é descrito nas últimas semanas. Responda “**Sim**” ou “**Não**” para cada item.

1. Você tem tido dores de cabeça frequentes?	Sim	
2. Você tem falta de apetite?	não	
3. Você dorme mal?	as vezes	
4. Você se assusta facilmente?	não	
5. Você tem sentido as mãos trêmulas?	não	
6. Você tem sentido nervosismo, tensão ou preocupação?	não	
7. Você tem tido má digestão?	não	
8. Você tem tido dificuldade de pensar com clareza?	não	
9. Você tem sentido tristeza frequentemente?	as vezes	
10. Você tem chorado mais do que o habitual?	não	
11. Você tem tido dificuldade de aproveitar as coisas?	não	
12. Você tem tido dificuldade de tomar decisões?	Sim	
13. Você tem sentido que está inutilizado(a)?	não	
14. Você tem perdido interesse pelas coisas?	não	
15. Você tem sentido que tudo está difícil de fazer?	as vezes	
16. Você tem sentido que não consegue desempenhar um papel útil na sua vida?	não	
17. Você tem perdido interesse pelo que acontece ao seu redor?	não	
18. Você tem tido pensamentos de acabar com sua vida?	não	
19. Você tem se sentido cansado(a) o tempo todo?	as vezes	
20. Você tem sentido desconforto físico, como dores no corpo?	não	

Nome: Anatalia Santos de Araujo Silva

Data: 05.08.2025

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709