



# IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA POR IMAGEM

Avenida General Melo, N°227  
Dom Aquino - Cuiabá - MT (65) 3055-5926

N7EN



## FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA — CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT

Nome: JOAO VITOR DE SOUZA

RG: NÃO INFORMADO

Sexo: MASCULINO

Data Nasc.: 06/10/2007

CPF: 11393647154

Controle: NÃO INFORMADO

Data

25/08/2026

Empresa: IMAGGI CLINICA DE RADIOLOGIA E DIAG POR

Indicação: -

Função: -

Raio-X digital: ☒ Sim ☐ Não

Leitura em negatoscópio: ☐ Sim ☒ Não

1A - Qualidade técnica: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentário: null

1B - Radiografia normal: ☒ Sim (finalizar a leitura) ☐ Não (passe para a seção 2)

2A - Alguma anormalidade de parênquima consistente de com pneumoconiose? ☐ Sim (complete 2B e 2C) ☐ Não (passe para a seção 3)

### 2B - Pequenas opacidades

| A) Formas e tamanhos                                                                                        | b) Zonas                                          | C) Profusão                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Primárias Secundárias                                                                                       | D E                                               | 0/- <input type="checkbox"/> 0/0 <input type="checkbox"/> 0/1 <input type="checkbox"/> |
| p <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1/0 <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> |
| q <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 2/1 <input type="checkbox"/> 2/2 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> |
| r <input type="checkbox"/> u <input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 3/2 <input type="checkbox"/> 3/3 <input type="checkbox"/> 3/+ <input type="checkbox"/> |

### 2C - Grandes opacidades

0 ☐ A ☐ B ☐ C ☐

3A - Alguma anormalidade pleural consistente com pneumoconiose? ☐ Sim (complete 3B, 3C e 3D) ☐ Não (passe para a seção 4)

3B - Placas ☐ Sim ☐ Não

| Local            | Calcificação                                                                     | Extensão da parede (combinado perfil e frontal)                                                                                        | Largura (opcional) (mínimo de 3mm para                                                                      |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parede em perfil | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> |
| Frontal          | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> |
| Diafragma        | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Até 1/4 da parede lateral = 1                                                                                                          | Até 1/4 da parede lateral = 1                                                                               |
| Outros locais    | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | 1/4 à 1/2 da parede lateral = 2                                                                                                        | 1/4 à 1/2 da parede lateral = 2                                                                             |
|                  |                                                                                  | > 1/2 da parede lateral = 3                                                                                                            | > 1/2 da parede lateral = 3                                                                                 |

3C - Obliteração do seio 0 ☐ D ☐ E ☐

3D - Espessamento pleural ☐ Sim ☐ Não

| Local            | Calcificação                                                                     | Extensão da parede (combinado perfil e frontal)                                                                                        | Largura (opcional) (mínimo de 3mm para                                                                      |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parede em perfil | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> |
| Frontal          | 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> |
|                  |                                                                                  | Até 1/4 da parede lateral = 1                                                                                                          | 3 à 5 mm = a                                                                                                |
|                  |                                                                                  | 1/4 à 1/2 da parede lateral = 2                                                                                                        | 5 à 10 mm = b                                                                                               |
|                  |                                                                                  | > 1/2 da parede lateral = 3                                                                                                            | > 10 mm = c                                                                                                 |

4A - Outras anormalidades? ☐ Sim (complete 4B) ☐ Não (finalizar leitura)

4B - Símbolos: (\*) od: Necessário um comentário.

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| aa | at | ax | bu | ca | cg | cn | co | cp | cv | di | ef | em | es | fr | hi | ho | id | ih | kl | me | pa | pb | pi | px | ra | rp | tb | od |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

Descrição do item 4B: aa = Aorta aterosclerótica | at = Espessamento pleural apical significativo | ax = Coalescência de pequenas opacidades | bu = Bolhas | ca = Câncer | cg = Nódulos não pneumoconióticos calcificados | cn = Calcificação de pequenas opacidades pneumoconióticas | co = Anormalidade de forma e tamanho do coração | cp = Cor pulmonale | cv = Cavidade | di = Distorção significativa de estrutura intratorácica | ef = Derrame pleural | em = Enfisema | es = Calcificações em casca de ovo | fr = Fratura(s) de costela(s) recente(s) ou consolidada(s) | hi = Aumento de gânglios hilares e/ou mediastinais | ho = Faveolamento | id = Borda diafragmática mal definida | ih = Borda cardíaca mal definida | kl = Linhas septais (kerley) | me = Mesotelioma | od = Outras doenças | pa = Atelectasia laminar | pb — Banda(s) parenquimatosa(s) | pi = Espessamento pleural de cisura(s) interlobar(es) | px = Pneumotórax | ra = Atelectasia redonda | rp — Pneumoconiose reumatóide | tb = Tuberculose

4C - Comentários:

Belo Horizonte, terça-feira, 25 de agosto de  
2026  
12:35:59

Dr Ronaldo Zupo

CRM 13252 | RQE 555

Protocolo :26082511025244

Data :25/08/2026

Paciente:JOAO VITOR DE SOUZA

Nasc.:06/10/2007 RG :3037539-8-SSP MT

CPF:11393647154

Exame :RX TORAX PA / PERFIL

### **Resultado**

OSSOS COM MORFOLOGIA E TEXTURA NORMAIS.  
MEDIASTINO CENTRADO E SEM MASSAS VISÍVEIS NA SUA TOPOGRAFIA.  
HILOS E TRAMA VASCULAR PULMONAR DE ASPECTO HABITUAL.  
CAMPOS PLEUROPULMONARES COM TRANSPARÊNCIA SATISFATÓRIA.  
CÚPULAS DIAFRAGMÁTICAS DE CONTORNOS NÍTIDOS E SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.  
ÁREA CARDÍACA NOS LIMITES DA NORMALIDADE.



---

Dr. Leandro M. Colmanetti

Médico Radiologista CRM 5995 MT RQE 4585 MT

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=737670810739447112935303096878>



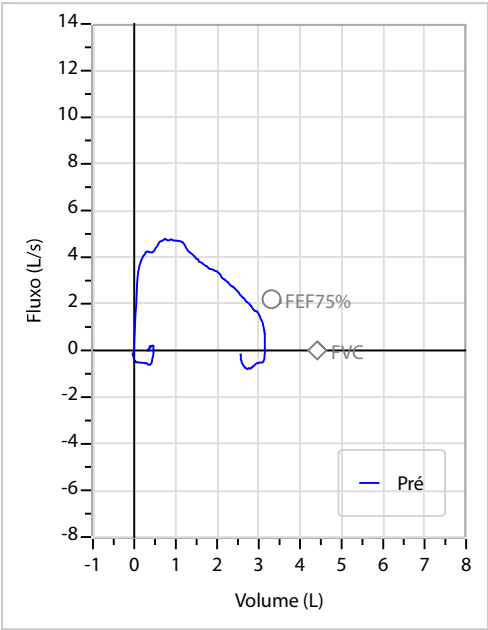
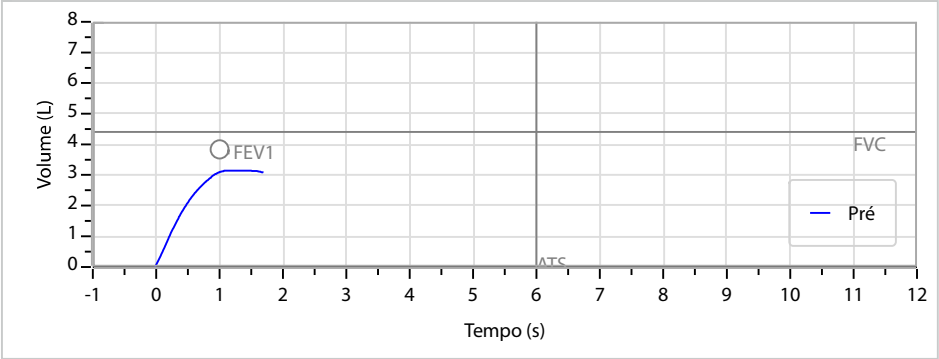
|             |                     |        |            |        |             |           |         |      |                         |       |             |       |
|-------------|---------------------|--------|------------|--------|-------------|-----------|---------|------|-------------------------|-------|-------------|-------|
| Nome        | JOAO VITOR DE SOUZA |        | ID1        | 842309 | Sexo        | Masculino | Idade   | 18,8 | Peso (kg)               | 63,00 | Altura (cm) | 169,0 |
| Agrupamento | --                  | D.O.B. | 06/10/2007 | --     | BMI (kg/m2) | 22,1      | Fumante | Não  | Anos de Tabag...        | --    | Cig/Dia     | --    |
| Técnico     | --                  | Médico | --         | --     | Classe 2    | --        | Etnia   | --   | Outros/Não Especificado |       |             |       |

**Interpretação**  
O indivíduo tem uma relação FEV1/FVC% de 98,5% que está dentro do limite normal e um valor FVC de 3,19 L que está abaixo de LLN. Os resultados do teste indicam uma POSSÍVEL RESTRIÇÃO.

Assinatura: \_\_\_\_\_

|                          |                               |                  |                  |
|--------------------------|-------------------------------|------------------|------------------|
| CAPACIDADE VITAL FORÇADA | Imprimir Resultado dos testes | Definir previsão | Posição do Teste |
|                          | 09:27                         | GLI              | SENTADO          |

|             |   | Meas. | Pred | % Pred | z score                |
|-------------|---|-------|------|--------|------------------------|
| FVC         | L | 3,19  | 4,41 | 72     | <div><div></div></div> |
| FEV1        | L | 3,14  | 3,83 | 82     | <div><div></div></div> |
| FEV1/FVC%   | % | 98,5  | 87,6 | 112    | <div><div></div></div> |
| FEV1/Vcmax% | % | 98,5  | 87,6 | 112    | <div><div></div></div> |



# Exame n.º :842309

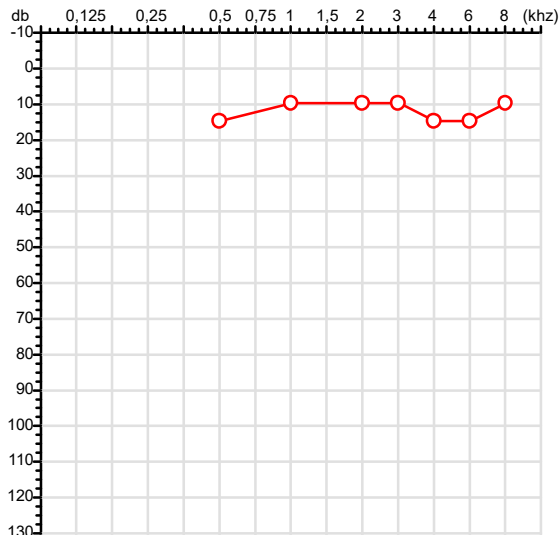
CPF :113.936.471-54  
CNPJ :16.850.879/0002-81  
Nascimento :06/10/2007  
Motivo :Admissional  
Repouso :14h  
Data do Exame : 25/08/2026

Paciente :Joao Vitor de Souza  
Razão :AGUAS CUIABA S.A. - CONCESSIONARIA DE SERVICOS PUBLICOS DE AGUA E ESGOTO  
Idade : 18 anos  
Setor :GERAL  
Função :AUXILIAR DE ENGENHARIA

RG :3037539-8/SSP MT

## Audiometria

### Orelha Direita



### Aérea

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

### Ossea

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

### Médias Tritonais

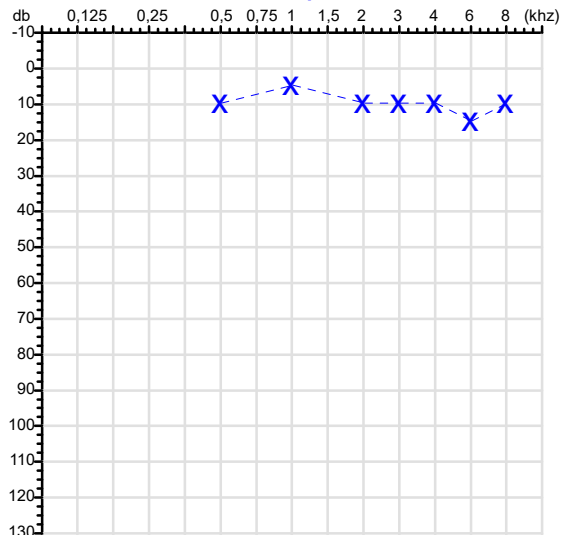
| Khz   | 0,5 | 1  | 2  | =  | 3  | 4  | 6  | =  |
|-------|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| OD db | 15  | 10 | 10 | 12 | 10 | 15 | 15 | 13 |

### 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)

### Orelha Esquerda



| Khz   | 0,25 | 0,5 | 1 | 2  | 3  | 4  | 6  | 8  |
|-------|------|-----|---|----|----|----|----|----|
| OE db | NDG  | 10  | 5 | 10 | 10 | 10 | 15 | 10 |

| 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 | 10  | 5 | 10 | 8 | 10 | 10 | 15 | 12 |

### 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)

**Emanuel Sempio**  
Fonoaudiólogo  
Audiologia Clínica e Ocupacional  
CRFa 5-5297-8

Emanuel Sempio  
Fonoaudiólogo  
CRFa 5 - 5297 - 8

Assinatura eletrônica :431A2233965DEA66ACBE327C5B93F370

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

*Joao Vitor de Souza*

\*\* Assinado por biometria \*\*

Modelo do Audiometro :AVS500 - VIBRASOM

Última Aferição :12/08/2026



## ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 14995581000153 Fantasia : AGUAS CUIABA S.A  
Razão Social : AGUAS CUIABA S.A. - CONCESSIONARIA DE SERVICOS PUBLICOS DE AGUA E ESGOTO  
Endereço : PRACA FLORIANO N.º 51 Complemento : ANDAR 17  
Cidade / UF : RIO DE JANEIRO / RJ CEP : 20031050

### Funcionário

Nome : Joao Vitor de Souza Setor: GERAL  
CPF : 11393647154 Cargo: AUXILIAR DE ENGENHARIA  
RG : 3037539-8 / SSP MT Nascimento: 06/10/2007

### Ficha de Acuidade Visual

#### Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

##### SEM CORREÇÃO

OD: 20/13

OE: 20/13

##### 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 25 de agosto de 2026

Resultado: NORMAL

*Dra. Mariana A. F. de Macêdo*  
Médica  
CRM-MT 17375

Dra. Mariana Azevedo Ferreira de Macedo Moresco  
CRM-MT 17375  
NIS 269.34097.59-7

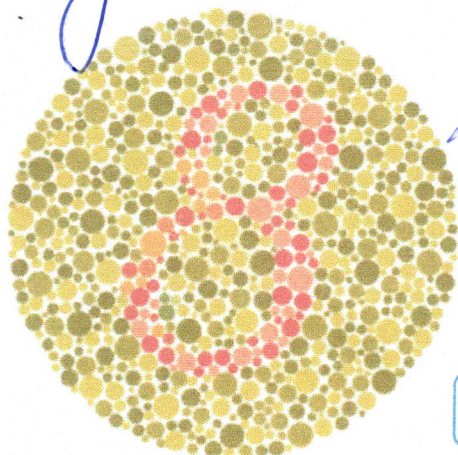
Autenticação Assinatura :180321F7424549CEBE7D03B227AA9B61  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

# TESTE DE ISHIHARA (cores)

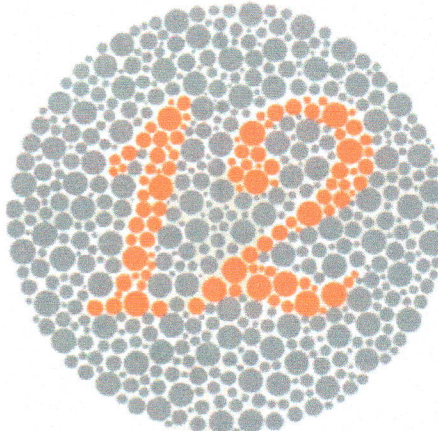
Qual N° você vê na imagem ?

Nome:

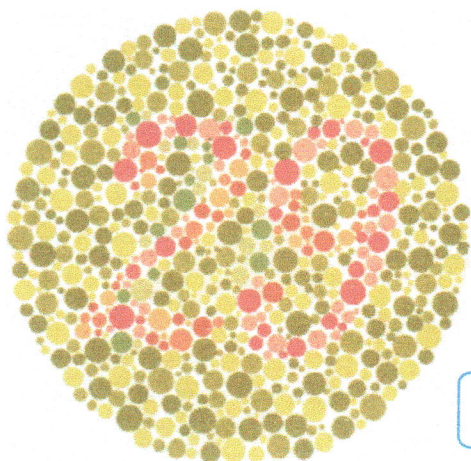
Data:



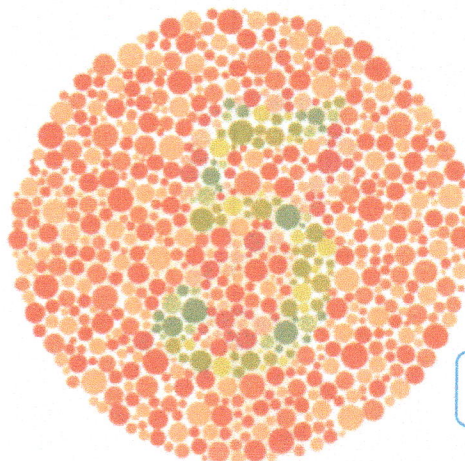
8



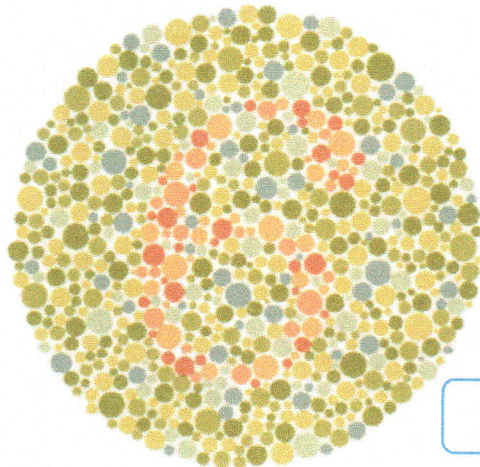
12



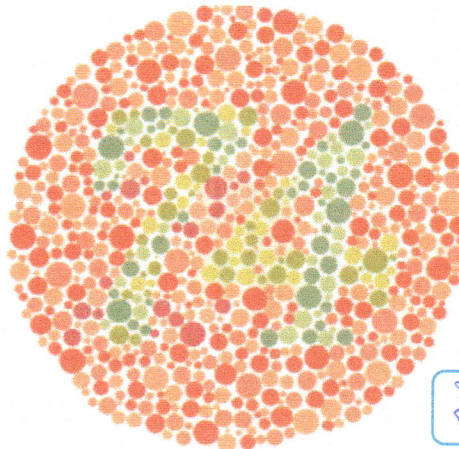
29



5



6



74

Assinatura Candidato:

*João Vitor de Souza*

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. Mariana A. F. de Macedo  
Médica  
CRM-MT 17375

Médico

|                            |                                                            |                                                  |                     |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|
| Cod.:<br>594911            | Paciente:<br><b>Joao Vitor de Souza</b>                    | Sexo:<br>Masculino                               | Idade:<br>18 (A)    |
| Atendido em:<br>25/08/2026 | Profissional Solicitante:<br>Dr.(a) Rafael Correa da Costa | Cadastro de Pessoas Físicas:<br>CPF: 11393647154 | Convênio:<br>Hismet |

## GRUPO SANGUINEO + FATOR RH

Método: EL-TESTE Material: PLASMA EDTA Coletado em: 25/08/2026 Liberado em: 25/08/2026 16:29

Grupo ABO

**A**

Fator RH

**Positivo**



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  
CNES: 3055612

Protocolo:26082510554244

Data:25/08/2026

Paciente:JOAO VITOR DE SOUZA

Nasc.:06/10/2007 RG :3037539-8-SSP MT

CPF:11393647154

Exame :RX COLUNA LOMBAR AP/P

### **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.



---

Dr. Leandro M. Colmanetti

Médico Radiologista CRM 5995 MT RQE 4585 MT

v1.0 Chave:<http://sistema.imaggi.com.br/validar.php?chave=673446609689518107732538073256>

