



ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 27429662000138 Fantasia : SOLUCAO TERCEIRIZACAO E SERVICOS
Razão Social : SOLUCAO TERCEIRIZACAO E SERVICOS LTDA
Endereço : RUA PARANAIBA N.º 3156 Complemento :
Cidade / UF : CUIABÁ / MT CEP : 78025337

Funcionário

Nome : Juscelino da Silva Campos Setor: OBRA
CPF : 00041848152 Cargo: APOIO ADMINISTRATIVO
RG : / Nascimento: 10/10/1965

Ficha de Acuidade Visual

Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

OD: 20/70

OE: 20/50

COM CORREÇÃO

OD: /

OE: /

Perto

Método de avaliação : Tabela de Jaeger

CORREÇÃO : NÃO

RESULTADO OLHO DIREITO : J2

RESULTADO OLHO ESQUERDO : J2

Teste Cromático

Visão Cromatica: NORMAL

Usa lente/óculos: Não

Resultado: ALTERADO

Cuiabá 2 de abril de 2025

Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior

CRM-MT 15809

Autenticação Assintatura :8BE0684B7D04F5786A22F6C5A9868EA5
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>



ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 730058

Paciente

Nome : JUSCELINO DA SILVA CAMPOS

CPF : 00041848152

RG : /

Cargo : APOIO ADMINISTRATIVO

Nascimento : 10/10/1965

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 estômago ? | () 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, 10 de abril de 2025


Dr. João Batista de Almeida
Médico
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior
CRM-MT 15809

Autenticação Assinatura : 3FD36A3D816BFB542E47EB44233B9174
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>