

**NEWMEDT - MEDICINA OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA ME**

R Alferes Poli, 311 – 2º andar – Bloco A – Centro – CEP 80230-090 – Curitiba/PR

CNPJ: 07.507.997/0001-10 | CNES: 9383603 | CRM-PR: 4409

(41) 3233-0804 | 9.9934-9820 | newmedt@newmedt.com.br

Medicina  
e Segurança Ocupacional  
do Trabalho**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL****IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

Empresa: TGEX Transportes e Locações de Veículos LTDA  
 Nome: Gustavo da Silva Cunha Cargo/Função: conferente  
 Idade: 24 anos CPF: 066.867.031-25 Sexo:  Masculino  Feminino

O candidato, consegue localizar-se no tempo e espaço? (sabe onde está, dia da semana...)  Sim  Não  
 Faz uso de medicamentos?  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_  
 Uso Contínuo  Uso eventual Sente efeitos colaterais deste medicamento?  Sim  Não  
 Quais efeitos? \_\_\_\_\_  
 Tem problemas de pressão arterial?  Sim  Não  Alta  Baixa Usa medicamento?  Sim  Não  
 Faz uso de bebidas alcoólicas?  Sim  Não Qual frequência? \_\_\_\_\_  
 Faz uso de alguma droga?  Sim  Não  
 Já teve desmaios?  Sim  Não Quando? \_\_\_\_\_  
 Qual tipo de medicamentos usa? \_\_\_\_\_  
 Já teve convulsões?  Sim  Não Quando? \_\_\_\_\_  
 Qual tipo de medicamentos usa? \_\_\_\_\_  
 Tem tonturas?  Sim  Não  
 Já fez algum tratamento psiquiátrico / psicológico?  Sim  Não  
 Qual motivo? \_\_\_\_\_  
 Tem diabetes?  Sim  Não Qual tipo de medicamentos usa? \_\_\_\_\_

**COSTUMA TER / SENTIR:**

Falta de concentração:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Agitação:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Sentimento de tristeza e/ou desânimo:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Depressão:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Pânico:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Sentimento de abandono:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Insônia:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Vontade de isolar-se:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Mau humor ou irritação:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.
Desejo de morrer ou se matar:	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> Sempre.	<input type="checkbox"/> Frequentemente.	<input type="checkbox"/> Raramente.

**SOFRE ALGUM TIPO DE PRESSÃO PSICOLÓGICA NO AMBIENTE DE TRABALHO?**

(Assédio, discriminação, sobrecarga de trabalho, práticas de trabalho prejudiciais à sua saúde mental.)

Não.  Sim. Nos relatar abaixo, se necessário utilize o verso!  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO:**

APTO.  INAPTO.  COM RESTRIÇÃO.  Enc. ao Psicólogo.  Enc. ao Psiquiatra.  N/A

Observações/Restrições: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: 02/06/25  
 \_\_\_\_\_  
 Gabriel H A de Vargas  
 Médico(a) Examinador(a):  
 \_\_\_\_\_  
 Gustavo da Silva Cunha  
 Funcionário(a):