



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL N.º 797484

Médico do Trabalho Coordenador do PCMSO- DR. ANDRE CORREA DA COSTA - CRM N.º CRM-MT 6355 RQE 3516 MT

CNPJ : 05.330.317/0001-00

Fantasia : EXPRESSO RODOVIARIO SANTO TRANSPORTES LTDA

Razão Social : EXPRESSO RODOVIARIO SANTO TRANSPORTES LTDA

Endereço : RUA LUIZ CARLOS BISPO DE CAMARGO N.º 76

Complemento : 2432 SALA 02 LOTE 19 QUADRAJ

Cidade / UF : RONDONÓPOLIS/MT

CEP : 78.740-610

Funcionário

Nome : Thais Lorena Dias Ferreira

Sector: ADMINISTRATIVO

CPF : 047.809.031-57

Cargo: ANALISTA DE RH

RG : /

Nascimento: 02/04/1993

Em cumprimento às portarias N.ºS 3214/78,3164/82,12/83, 24/94 E 08/96 NR7 do Ministério do Trabalho e emprego para fins de exame:

Mudança de Riscos Ocupacionais

Riscos

Cód eSocial	Risco	Agente	Cód eSocial	Risco	Agente
---	ERGONÔMICO	PSICOSSOCIAL - STRESS (SENTIMENTO DE IRRITABILIDADE E ANSIEDADE), POSTURA SENTADA POR LONGOS PERÍODOS			---

Exames

Cód. eSocial	Data	Descrição	Cód. eSocial	Data	Descrição
300	03/02/2026	AVALIAÇÃO DE FATOR PSICOSSOCIAL	295	03/02/2026	EXAME CLINICO

Parecer

Apto

Observações:



Thais Lorena Dias Ferreira

**** Assinado por biometria ****

3 de fevereiro de 2026

Dra. Isabela Luiza P. dos Santos
Médica
CRM-MT 16111

Drª Isabela Luiza Peralta dos Santos
CRM-MT 16111
NIS

Autenticação Assinatura :2adba16578d3009c33740c41f1eea0d6
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>



**ATENDIMENTO CLÍNICO
EXAME N.º 797484**

Paciente

Nome : THAIS LORENA DIAS FERREIRA

CPF : 04780903157

RG : /

Cargo : ANALISTA DE RH

Nascimento : 02/04/1993

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, 03 de fevereiro de 2026

