



**ATENDIMENTO CLÍNICO  
EXAME N.º 810655**

**Paciente**

Nome : JOAQUIM DA SILVA LEMES

CPF : 39637247149

RG : /

Cargo : VIGIA NORTUNO

Nascimento : 08/04/1966

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

**I.DESCRICÃO DE DEMANDA**

A presente avaliação teve por objetivo cumprir o regimento do processo seletivo com uso de uma entrevista, um teste psicométrico e o questionário SRQ 20. \_\_\_\_\_

**II.PROCEDIMENTO**

Para atender a demanda proposta foi realizada a aplicação do teste AC, que é considerado um teste que avalia a atenção concentrada e o formulário SRQ 20, sendo um instrumento de rastreamento psiquiátrico composto por vinte itens. \_\_\_\_\_

**III.ANÁLISE**

No geral obteve-se um resultado bom, obtendo percentil 20, o que representa um processo atencional médio inferior, perante os sujeitos de sua mesma faixa etária e população. No questionário de rastreamento de transtornos mentais, o sujeito relatou não apresentar sintomas. Com estado mental aparentemente conservado. \_\_\_\_\_

**IV.CONCLUSÃO**

Em relação aos dados apresentados e analisados, mais as observações, há indícios de que o sujeito tem condições de exercer sua função. \_\_\_\_\_

**V. PRAZO DE VALIDADE DA AVALIAÇÃO**

Considerando que a personalidade é dinâmica e multideterminada, esta avaliação será válida para o presente momento.

Cuiabá-MT, 27 de março de 2026



Como validar o documento pelo ITI:  
Leia o qr-code e siga as instruções na página que será aberta.





**ATENDIMENTO CLÍNICO  
EXAME N.º 810655**

**Paciente**

Nome : JOAQUIM DA SILVA LEMES

CPF : 39637247149

RG : /

Cargo : VIGIA NORTUNO

Nascimento : 08/04/1966

**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, 27 de março de 2026

Dr<sup>a</sup> Gabriela Nonato Dias  
Médica  
CRM-MT 16075