



**ATENDIMENTO CLÍNICO  
EXAME N.º 821685**

**Paciente**

Nome : **DIOGO FIGUEIRA DA SILVA**

CPF : **03914645156**

RG : /

Cargo : **PROMOTOR (A) DE VENDAS**

Nascimento : **14/02/1994**

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

**I.DESCRICÃO DE DEMANDA**

A presente avaliação teve por objetivo cumprir o regimento de retorno ao trabalho 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 80, o que representa um processo atencional médio superior, 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, 15 de maio 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 821685**

**Paciente**

Nome : **DIOGO FIGUEIRA DA SILVA**

CPF : **03914645156**

RG : /

Cargo : **PROMOTOR (A) DE VENDAS**

Nascimento : **14/02/1994**

**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, 15 de maio de 2026



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

