



## Avaliação de Fator Psicossocial

CNPJ : 24764706000198 Fantasia : BIOLOGICA COMERCIO E MANIPULACAO DE MEDICAMENTOS LTDA

Razão Social : BIOLOGICA COMERCIO E MANIPULACAO DE MEDICAMENTOS LTDA

Endereço : AV GENERAL MELLO N.º 137

Complemento :

Cidade / UF : CUIABÁ/MT

CEP : 78015300

### Funcionário

Nome : NATALIA SOUZA DE SA

Setor: LOJA

CPF : 06940210164

Cargo: AUXILIAR DE LOJA

RG : /

Nascimento: 06/02/2006 00:00:00

### Questionário

|                                                                  |                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Tem dores de cabeça frequente?                                   | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem falta de apetite?                                            | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Dorme mal?                                                       | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Assusta-se com facilidade?                                       | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem tremores na mãos?                                            | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?                  | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem má digestão?                                                 | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem dificuldade de pensar com clareza?                           | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem se sentido triste ultimamente?                               | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem chorado mais do que de costume?                              | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Encontra dificuldade de realizar suas atividades diárias?        | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem dificuldade de tomar decisões?                               | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem dificuldade no serviço? (seu trabalho lhe causa sofrimento)? | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?              | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem perdido o interesse pelas coisas?                            | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?                   | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem tido idéias de acabar com a vida?                            | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Sente-se cansado(a) o tempo todo?                                | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Tem sensações desagradáveis no estômago?                         | SIM ( ) NÃO ( X ) |
| Você se cansa com facilidade?                                    | SIM ( ) NÃO ( X ) |

### Conclusão

Sem indicativos significativos de sofrimento psíquico.

Data de emissão : 10 agosto 2026

  
Dr. João Batista de Almeida  
Médico  
CRM-MT 15709

Dr. João Batista de Almeida Junior  
CRM-MT 15709  
NIS 269.85078.64-6