



## ATESTADO DE ACUIDADE VISUAL

CNPJ : 07358761021590      Fantasia : COMERCIAL GERDAU

Razão Social : GERDAU ACOS LONGOS S.A.

Endereço : R GASPAR CONQUEIRO      N.º 255

Complemento :

Cidade / UF : MOGI DAS CRUZES / SP

CEP : 08730480

### Funcionário

Nome : Julia Salette de Campos Pereira

Setor: GERAL

CPF : 08481507164

Cargo: OPERADOR CORTE DOBRA

RG : 31218512 / SSP MT

Nascimento: 28/12/2005

### Ficha de Acuidade Visual

#### Longe

Método de avaliação : Escala Optométrica de Snellen

SEM CORREÇÃO

COM CORREÇÃO

OD: 20/15

OD: /

OE: 20/15

OE: /

#### Perto

Método de avaliação : Tabela de Jaeger

CORREÇÃO : NÃO

RESULTADO OLHO DIREITO : J1

RESULTADO OLHO ESQUERDO : J1

#### Teste Cromático

Visão Cromatica: NORMAL

Usa lente/óculos: Não

Cuiabá 6 de novembro de 2025

Resultado: NORMAL

Dr Rafael Corrêa da Costa  
Médico - CRM-MT 8885  
Clínica Médica - RQE 6747  
Médico do Trabalho - RQE 6179  
Hismet - Medicina do Trabalho - 65-3321 7051

Dr. Rafael Corrêa da Costa  
CRM-MT 8885 RQE 6179  
NIS 267.88034.91-3

Autenticação Assinatura :6EE56B9AF976D78209A520E121421354  
Para validar a assinatura : <https://sistema.hismet.com.br/validacao.php>

Paciente

Nome : JULIA SALETTE DE CAMPOS PEREIRA

CPF : 08481507164

RG : 31218512/SSP MT

Cargo : OPERADOR CORTE DOBRA

Nascimento : 28/12/2005

**Self Report Questionnaire**

**Instrumento de rastreamento de TMC - SRQ 20 - Versão para língua portuguesa**

- |   |  |
|---|--|
| 1.Tem dores de cabeça freqüentes?                                   | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 2.Tem falta de apetite?   | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 3.Dorme mal?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 4.Assusta-se com facilidade?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 5.Tem tremores nas mãos?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 6.Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?                  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 7.Tem má digestão?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 8.Tem dificuldade de pensar com clareza?                            | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 9.Tem se sentido triste ultimamente?                                | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 10.Tem chorado mais do que o costume?                               | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 11.Encontra dificuldades para realizar suas atividades diárias?     | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 12.Tem dificuldade para tomar decisões?                             | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 13.Tem dificuldades no serviço?(seu trabalho lhe causa sofrimento)? | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 14.É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?              | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 15.Tem perdido o interesse pelas coisas?                            | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 16.Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?                   | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 17.Tem tido idéias de acabar com a vida?                            | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 18.Sente-se cansado(a) o tempo todo?                                | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 19.Tem sensações desagradáveis no estomago ?                        | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 20.Você se cansa com facilidade?                                    | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |

**Nota de corte:6. Acima de 06 pontos encaminhar para avaliação com a Psicóloga ou psiquiatra, dependendo da gravidade.**

Cuiabá-MT, 06 de novembro de 2025





**ATENDIMENTO CLÍNICO  
EXAME N.º 777688**

**Paciente**

Nome : JULIA SALETTE DE CAMPOS PEREIRA

CPF : 08481507164

RG : 31218512/SSP MT

Cargo : OPERADOR CORTE DOBRA

Nascimento : 28/12/2005

**Self Report Questionnaire**

**Instrumento de rastreamento de TMC - SRQ 20 - Versão para língua portuguesa**

- |   |  |
|---|--|
| 1.Tem dores de cabeça freqüentes?                                   | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 2.Tem falta de apetite?   | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 3.Dorme mal?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 4.Assusta-se com facilidade?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 5.Tem tremores nas mãos?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 6.Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?                  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 7.Tem má digestão?  | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 8.Tem dificuldade de pensar com clareza?                            | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 9.Tem se sentido triste ultimamente?                                | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 10.Tem chorado mais do que o costume?                               | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 11.Encontra dificuldades para realizar suas atividades diárias?     | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 12.Tem dificuldade para tomar decisões?                             | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 13.Tem dificuldades no serviço?(seu trabalho lhe causa sofrimento)? | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 14.É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?              | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 15.Tem perdido o interesse pelas coisas?                            | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 16.Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?                   | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 17.Tem tido idéias de acabar com a vida?                            | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 18.Sente-se cansado(a) o tempo todo?                                | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 19.Tem sensações desagradáveis no estomago ?                        | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |
| 20.Você se cansa com facilidade?                                    | ( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> )Não |

**Nota de corte:6. Acima de 06 pontos encaminhar para avaliação com a Psicóloga ou psiquiatra, dependendo da gravidade.**

Cuiabá-MT, 06 de novembro de 2025

