

ANEXO IV

(NOME FANTASIA DA CLÍNICA E LOGOTIPO)

Sr(a) \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Renach \_\_\_\_\_

QUESTIONÁRIO

- 1) Você toma algum remédio, faz algum tratamento de saúde?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 2) Você tem alguma deficiência física?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 3) Você já sofreu de tonturas, desmaios, convulsões ou vertigens?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 4) Você já necessitou de tratamento psiquiátrico?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 5) Você tem diabetes, epilepsia, doença cardíaca, neurológica, pulmonar ou outras?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 6) Você já foi operado?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 7) Você faz uso de drogas ilícitas ?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 8) Você faz uso não moderado de álcool?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 9) Você já sofreu acidente de trânsito?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 10) Você exerce atividade remunerada como condutor?  
SIM ( ) NÃO ( )
- 11) Você está afastado de suas atividades pelo INSS?  
SIM ( ) NÃO ( )

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento expressam a verdade.

Obs.: Constitui crime previsto no art. 299, do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de um a três anos e multa.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato sob pena de responsabilidade

Observações Médicas:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico perito responsável

