

NOME: _____ CPF: _____

IDADE: _____ CATEGORIA: _____

ANEXO I
QUESTIONÁRIO

1)Você toma algum remédio, faz algum tratamento de saúde? Qual?

SIM() NÃO()

2)Você tem alguma deficiência física?Qual?

SIM() NÃO()

3)Você já necessitou de tratamento psiquiátrico?

SIM() NÃO()

4)Você tem diabetes, epilepsia, doença cardíaca, neurológica, pulmonar ou outras? Qual?

SIM() NÃO()

5)Você já sofreu tonturas, desmaios, convulsões ou vertigens?

SIM() NÃO()

6)Você já foi operado? Qual?

SIM() NÃO()

7)Você faz uso de drogas ilícitas?

SIM() NÃO()

8)Você já sofreu acidente de trânsito?

SIM() NÃO()

9)Você usa óculos ou lente contato?

SIM() NÃO()

10)Você exerce atividade remunerada como condutor?

SIM() NÃO()

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 um fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de um a três anos de multa.

Local e data

Assinatura do candidato sob pena de
Responsabilidade.

Observações médicas:

Assinatura do médico perito ou especialista em medicina de trânsito responsável.