



QUESTIONÁRIO MÉDICO

NOME: _____

CPF: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

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 já sofreu acidente de trânsito?

SIM () _____ NÃO () _____

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

Local e data _____

Assinatura do candidato sob pena de responsabilidade _____

Assinatura do Médico Perito ou Especialistas em Medicina de Tráfego responsável