ANEXO I – RESOLUÇÃO 425 DE 2012

QUESTIONÁRIO

ESSE QUESTIONÁRIO DEVERÁ SER RESPONDIDO PELO PRÓPRIO CANDIDATO A MÃO

Nome: _____ CPF: _____

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.

Porto Alegre, _____/_____/_____.

_____
Assinatura do candidato sob pena de responsabilidade

Observações Médicas: (Médico preenche se necessário)
_____
_____
_____
_____

_____
Assinatura do Médico Perito ou Especialistas em Medicina de Tráfego responsável