

ANEXO III



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ
INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MARICÁ
Rua Amadeu Pugliese, 28 - Centro - Maricá - RJ - Tel.: 2637-3680.

Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Tel: _____ Cel: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____
CPF: _____ Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____
Sexo: () M () F Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____
E-mail: _____

Questionário

Observações:

- Suas doenças anteriores são de grande importância. Precisamos saber sobre sua saúde;
- Tendo dúvida sobre qualquer questão, peça esclarecimento;
- As respostas a este questionário serão guardadas sigilosamente;
- Responda cuidadosamente o questionário e entregue ao médico por ocasião do exame médico.

1. Usa óculos ou lente de contato? () Sim () Não
2. Possui algum tipo de alergia? () Sim () Não
Qual? _____
3. Realizou alguma cirurgia anterior? () Sim () Não
Qual? _____
4. Tem alguma fratura anterior? () Sim () Não
Qual? _____
5. Possui doenças de pele? () Sim () Não
Qual? _____
6. Possui doenças no pulmão? () Sim () Não
Qual? _____
7. Possui doenças no coração? () Sim () Não
Qual? _____
8. Tem hipertensão arterial? () Sim () Não
9. Já teve infarto no miocárdio? () Sim () Não



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ
INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MARICÁ
Rua Amadeu Pugliese, 28 - Centro - Maricá - RJ - Tel.: 2637-3680.

10. Tem diabetes? ☐ Sim ☐ Não

11. Tem epilepsia? ☐ Sim ☐ Não

12. Faz uso de medicamentos? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

13. Data da ultima menstruação ____/____/____

14. Tem doença sexualmente transmissível? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

15. Tem doença psiquiátrica? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

16. Tem doença neurológica? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

17. Tem anemia? ☐ Sim ☐ Não

18. É fumante? ☐ Sim ☐ Não

19. Faz uso de bebidas alcoólicas? ☐ Sim ☐ Não

Explique: _____

20. É dependente químico? ☐ Sim ☐ Não

Qual substância? _____

21. Algum outro tipo de doença ou exposição que não foi abordado?

☐ Sim ☐ Não

22. Já esteve em benefício pelo INSS ou outro regime de previdência?

☐ Sim ☐ Não

Declaro que as respostas acima, por mim dadas, são completas e verdadeiras.

Assinatura do candidato