



ANEXO IV

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



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.

9. Já teve infarto no miocárdio? Sim Não
10. Tem diabetes? Sim Não
11. Tem epilepsia? Sim Não
12. Faz uso de medicamentos? Sim Não
Qual? _____
13. Data da última 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