

EXAME DE SANIDADE FÍSICA E MENTAL

Este formulário deverá ser preenchido pelo candidato de próprio punho em duas vias originais, com letra legível e sem rasuras.

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Categoria Pretendida: _____ C. Identidade: _____ C.P.F.: _____
Endereço: _____ Cidade: _____
Telefone: _____ Particular () _____
() Renovação () 1º Habilitação () Mudança de Cat. () Adição () Outros _____ Auto Escola () _____

1) Quando você procurou atendimento médico?

() Nunca () Periodicamente () Nos últimos 5 anos () Na última renovação de CNH () Não lembro

2) Você toma algum remédio, faz algum tratamento de saúde?

SIM () NÃO ()

Qual? _____

3) Você apresenta deficiência auditiva ou visual?

SIM () NÃO ()

Qual? _____

4) Você tem alguma deficiência física?

SIM () NÃO ()

Qual? _____

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

SIM () NÃO ()

Qual? _____

6) Você já necessitou de algum tratamento psiquiátrico?

SIM () NÃO ()

Quando e qual? _____

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

SIM () NÃO ()

Qual? _____

8) Você já foi operado?

SIM () NÃO ()

Quando e porquê? _____

9) Você já fez ou faz uso de drogas ilícitas?

SIM () NÃO ()

Quais? _____

10) Você faz uso de álcool?

() NÃO () SOCIALMENTE () DIARIAMENTE

11) Você já sofreu acidente de trânsito?

SIM () NÃO ()

Quando? _____

12) Você exerce atividade remunerada como condutor?

SIM () NÃO ()

13) Sofre de pressão alta?

SIM () NÃO ()

14) Você tem sono sentado, lendo, assistindo TV, dirigindo, enquanto está no carro parado ou no trânsito, sentado em lugar público, como passageiro em carro ou ônibus, sentado conversando com alguém?

SIM () NÃO ()

Qual das situações acima? _____

Obs.: Constitui crime previsto no art. 299, do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigações 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

Observações médicas

Assinatura e carimbo do médico perito responsável