

EXAME DE SANIDADE FÍSICA E MENTAL

Preencher em duas vias (1ª.V. DETRAN – 2ª.V. Junta Médica)

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____ C. Identidade: _____ CPF: _____ Categoria Pretendida: _____
Endereço: _____ Cidade _____
Telefones _____ Particular ()
() 1ª Habilitação () Renovação () Mudança de Cat. () Adição () outros _____ Auto Escola () _____

Se possuir atendimento prioritário, assinale a opção correspondente () maior de 60 anos, () deficiente físico, () Gestante, () está acompanhado com menor de 02 anos, () outros _____

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?

Qual? _____ SIM () NÃO ()

4) Você tem alguma deficiência física?

SIM () NÃO ()

Qual? _____

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

SIM () NÃO ()

Qual? _____

6) Você já necessitou de 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 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

Observações médicas

Assinatura e carimbo do médico perito