

## ANEXO IV



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 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**