



**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.

**ANEXO IV**

Nome: _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Tel: _____ Cel: _____
Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____	Estado Civil: _____	
CPF: _____	Identidade n°: _____	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**