

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE



Nome Completo:

NIF:

O Documento é de preenchimento obrigatório

O presente questionário faz parte integrante da **Proposta de Adesão a Associado**, conforme o disposto no **Artigo 4º do Regulamento de Benefícios em vigor**.

O preenchimento incompleto do presente questionário determinará que o mesmo não seja aceite, e originará um pedido de esclarecimento que poderá atrasar a análise e decisão final pelo Conselho de Administração.

Chamamos a atenção para o dever de prestar com exatidão, rigor e verdade todas as informações ou declarações que sejam solicitadas.

Informações Gerais

1. Faz algum tipo de **tratamento médico** com regularidade?

Sim Não

Especifique

2. Toma **medicamentos** com regularidade?

Sim Não

Especifique

3. Foi submetido(a) a alguma **intervenção cirúrgica** nos últimos 5 anos? Sim Não

Especifique

4. Sofre ou sofreu de alguma **doença** nos últimos 10 anos? Sim Não

Especifique

5. Tem alguma **incapacidade física, congénita ou adquirida**? Sim Não

Especifique

6. Foi vítima de algum **acidente** (trabalho, viação , desportivo, outro)? Sim Não

Quais as sequelas?

7. Tem alguma alteração de **visão**? Sim Não

8. Indique se lhe foi feito algum **diagnóstico** ou indicado **tratamento/cirurgia** relacionados com algumas das situações abaixo descritas.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a) Doença cardiovascular ou acidente cerebrovascular? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b) Hipertensão arterial? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c) Cancro ou tumor maligno? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d) Diabetes? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e) Doença ou incapacidade neurológica? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f) Doença renal ou hepática? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g) Doenças respiratórias? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| h) Doenças dermatológicas? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

8.1. Em caso de resposta afirmativa às alíneas a), c) e h), especifique os seguintes elementos:

8.1.1. Causa

8.1.2. Localização corporal exata

8.1.3. Tratamentos efetuados

8.1.4. Sequelas físicas

8.1.5. Próteses ou material cirurgicamente implantado

9. Tem Médico de Família?

Sim Não

Indique o Nome

10. Está inscrito(a) em alguma Unidade Local de Saúde (ULS)?

Sim Não

Qual?

11. Possui outro Seguro de Saúde?

Sim Não

Especifique a seguradora e o plano contratado

Outras Declarações

Índices Biométricos

Altura

Peso

Tensão Arterial

Alta Normal Baixa

Assinatura

Data



Nutrimos a Saúde e a Felicidade do Ser Humano, Solidariamente!