

CLIENTE:
RAMO:
APÓLICE:
CANDIDATO (Preenchimento completo e obrigatório)

Nome Completo							
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão	Perf.	NIF	Nº B.I. / Cartão Cidadão	Data de Nascimento	
Nacionalidade	Estado civil		E-mail			Telemóvel	
Morada					Localidade		
Cód. Postal			País			Telefone	
Grau de Parentesco com o Titular Próprio <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>			Nome a inserir no cartão (para seguros com acesso à Rede de Prestadores)				

1. MÉDICOS E CLÍNICAS

Nome do Médico Assistente
Nome da Instituição de Saúde a que habitualmente recorre

2. ÍNDICES BIOMÉTRICOS

2.1 Altura m	2.2 Peso kg	2.3 Tensão Arterial máx. min.
--------------------	-------------------	---

3. QUESTÕES GERAIS

3.1 Já efetuou algum seguro de saúde?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Em que segurador?	Nº de apólice?
3.2 Já teve algum seguro de saúde recusado, aceite mas agravado ou adiado?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Porquê?	
3.3 Participa em alguma atividade com risco, recreativa ou relacionada com a sua ocupação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se sim, qual?	
3.4 Sofreu alguma intervenção cirúrgica?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se sim, qual?	
3.5 Já esteve internado?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se sim, quando e qual o motivo?	
3.6 Encontra-se com algum problema de saúde?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Qual?	
3.7 A sua capacidade de trabalho está reduzida?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Porquê?	
3.8 Recebe, por razões de saúde, uma renda / pensão?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Porquê?	
3.9 Teve baixa superior a 3 semanas nos últimos anos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Porquê?	
3.10 Tem alguma deficiência física?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Qual?	
3.11 Realizou radioterapia ou quimioterapia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Porquê?	
3.12 Nos últimos 2 anos foram feitas análises, RX, mamografia, ecografia, TAC, ressonância magnética, biópsia ou outros exames?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quais, quando e resultado?	
3.13 Existe alguma razão conhecida que venha a necessitar de tratamento médico ou cirúrgico?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se sim, especifique?	
3.14 Quando consultou o seu médico assistente pela última vez?		Porquê?	

4. HÁBITOS

4.1 É ou já foi fumador?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se sim, indique que tipo e quantidade diária? Nº de anos de fumador e quando deixou de fumar?
4.2 Consome alguns medicamentos regularmente?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se sim, indique quais e porquê?
4.3 Faz ou fez alguma dieta?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Porquê?

5. DOENÇAS, DISTÚRBIOS OU PROBLEMAS DE SAÚDE (preenchimento completo e obrigatório)

Sofre, ou sofreu de alguma doença, distúrbio ou problema abaixo descrito? Em caso afirmativo, especifique diagnóstico, ano de aparecimento, duração, grau de gravidade, tratamentos, exames e cirurgias realizadas e ainda as consequências relacionadas com:	
5.1 Aparelho Cardio-Vascular <i>Insuficiência cardíaca, enfarte ou angina de peito, dispneia de esforço, edemas, palpitações, doenças das válvulas, endocardites, febre reumática, hipertensão arterial, arteriosclerose, AVC, trombose, tromboflebite, varizes e outras.</i>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especifique:
5.2 Aparelho Respiratório <i>Insuficiência respiratória, asma, bronquite crónica, enfisema, tuberculose, pleurisia, pneumotórax, embolia pulmonar, alergias respiratórias (rinite e bronquite), rouquidão crónica e outras.</i>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especifique:

