

QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Declaro que são exatas e completas as informações prestadas no presente questionário, tendo perfeito conhecimento que omissões ou inexactidões nas informações, determinarão a anulação da candidatura a sócio, com todas as consequências daí advenientes, designadamente, a perda dos direitos/benefícios de sócio, no caso da omissão ou inexactidão ser detetada depois da aquisição da qualidade de sócio.

◆ A preencher pelo **proponente** (PREENCHER EM MAIÚSCULAS)

Nome completo

ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES

Grau de parentesco / doenças / causas de morte:

Número de filhos / idades / doenças:

DADOS E ANTECEDENTES PESSOAIS

Altura (m): Peso (kg): Variações de peso / causas:

Tensão arterial: Fumador: sim não Cigarros / dia: Consumo (tendência):

Exercício físico: sim / não Qual(ais): Regularidade:

Medicamentos: sim / não Qual(ais): Regularidade:

Deficiências: sim / não Qual(ais):

Internamento: sim / não Causa(s):

Tratamentos realizados:

Exames complementares de diagnóstico realizados nos últimos 5 anos / causas:

HISTÓRIA ATUAL (DOENÇA / MEDICAÇÃO)

FORO	DOENÇA / MEDICAÇÃO	FORO	DOENÇA / MEDICAÇÃO
pulmonar <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não		neurológico <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
cardiovascular <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não		psiquiátrico <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
infectocontagioso <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não		dermatológico <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
endócrino <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não		oftalmológico <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
gastroenterológico <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não		otorrinológico <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
urológico <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não		outros <input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	

Considera-se saudável: sim / não Observações:

D / M / A

Assinatura do proponente a sócio

◆ Reservado aos **serviços do Cofre de Previdência (parecer clínico)**