

# 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		neuroológico <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)**