

# QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Declaro que são exatas e completas as informações prestadas no presente questionário, tendo perfeito conhecimento que omissões ou inexatidões 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 inexatidão 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)**