

> Admissão de Sócio - alínea b) e c) do n.º 1 do Art.º 19º dos Estatutos

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 ☐ sim / ☐ não		neuroológico ☐ sim / ☐ não	
cardiovascular ☐ sim / ☐ não		psiquiátrico ☐ sim / ☐ não	
infectocontagioso ☐ sim / ☐ não		dermatológico ☐ sim / ☐ não	
endócrino ☐ sim / ☐ não		oftalmológico ☐ sim / ☐ não	
gastroenterológico ☐ sim / ☐ não		otorrinológico ☐ sim / ☐ não	
urológico ☐ sim / ☐ não		outros ☐ sim / ☐ não	

Considera-se saudável:

☐ sim

☐ não

Observações:

D / M / A

Assinatura do proponente a sócio

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