

PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE PARA CORPORATIVO II



Questionário Médico

Condições do pedido:

- A alteração do Plano de Saúde para o Corporativo Tipo II carece sempre do parecer favorável da Direção Clínica da ACS.
- Esta alteração de plano de saúde só é autorizada até completar 50 anos de idade.

A preencher pelo Candidato

IDENTIFICAÇÃO

Nº Beneficiário

Nome Completo

Data de Nascimento

Titular ou Parentesco

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

3. QUESTÕES GERAIS

| | | | | | |
|---|-----|-----|---|---------|-----|
| 3.1 Já teve algum segúro se saúde recusado, agravado ou adiado? | Sim | Não | 3.8 Teve baixa superior a 3 semanas nos últimos anos? | Sim | Não |
| 3.2 Participa nalguma actividade com risco, de lazer ou profissional? | Sim | Não | 3.9 Tem alguma deficiência física? | Sim | Não |
| 3.3 Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? | Sim | Não | 3.10 Alguma vez realizou radioterapia ou quimioterapia? | Sim | Não |
| 3.4 Já esteve Internado? | Sim | Não | 3.11 No último ano fez análises, radiografias, mamografias, ecografias, TAC, ressonância magnética, biópsia ou outros exames? | Sim | Não |
| 3.5 Encontra-se com algum problema de saúde, actualmente? | Sim | Não | 3.12 Existe alguma razão conhecida para que venha a necessitar de tratamento médico ou cirúrgico? | Sim | Não |
| 3.6 A sua capacidade de trabalho está reduzida? | Sim | Não | 3.13 Tem algumas alergias (alimentos, medicamentos, outras)? | Sim | Não |
| 3.7 Recebe uma renda ou pensão por razões de saúde? | Sim | Não | 3.14 Quando consultou o seu Médico assistente pela última vez? ___/___/___ | Porquê? | |

Especifique as respostas afirmativas

3.____

3.____

3.____

3.____

3.____

3.____

3.____

4. HABITOS

| | | | |
|---|-----|-----|--|
| 4.1 E ou foi fumador? | Sim | Não | Se é fumador, indique tipo e que quantidade diária? Se foi fumador, indique nº de anos de fumador e quando deixou de fumar? |
| 4.2 Bebe bebidas alcoólicas? | Sim | Não | Se sim, indique quais e qual o consumo diário? |
| 4.3 Consome alguns medicamentos regularmente? | Sim | Não | Se sim, indique quais e porquê? |
| 4.4 Consome drogas, por motivos não medicinais? | Sim | Não | Se sim, indique quais e qual o consumo por dia? |
| 4.5 Faz ou fez alguma dieta? | Sim | Não | Porquê? |

5. PROBLEMAS DE SAUDE

Sofre, ou alguma vez sofreu de doença, distúrbio ou problema abaixo descrito? Em caso afirmativo especifique o diagnóstico, ano de aparecimento, duração, grau de gravidade, tratamentos, exames, cirurgias realizadas e, ainda, as consequências e sequelas relacionadas:

| | | | |
|---|-----|-----|--------------|
| 5.1 Aparelho Cardiovascular | Sim | Não | Especifique: |
| Insuficiência cardíaca, enfarte ou angina de peito, dispneia de esforço, edemas, palpitações, doenças das válvulas, endocardites, febre reumática, hipertensão arterial, arteriosclerose, trombose, tromboflebite, varizes e outras | | | _____ |
| 5.2 Aparelho respiratório | Sim | Não | Especifique: |
| Insuficiência respiratória, asma, bronquite crónica, enfisema, tuberculose, pleurisia, pneumotórax, embolia pulmonar, alergias respiratórias (rinite, laringite e bronquite) rouquidão crónica e outras | | | _____ |

5. PROBLEMAS DE SAUDE (continuação)

| | | | |
|---|-----|-----|--------------------------------|
| 5.3 Aparelho Gastrointestinal Hérnia do hiato, úlcera gastroduodenal, gastrite, azia, vômitos, colite ulcerosa, doença de crohn, hemorragias digestivas, colite, apendicite, diverticulite, pólipos, intestinais, hérnia inguinal, hemorróidas e outras | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.4 Fígado, Vias Biliares e Pâncreas Hepatite viral (A/B/C), icterícia, cirrose hepática, pancreatite (aguda/crónica) e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.5 Aparelho Génito-urinário Insuficiência renal (aguda/crónica), nefrite, cálculos renais, cólicas renais, infecções urinárias de repetição, doenças da bexiga, doenças da próstata, infertilidade masculina e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.6 Aparelho Osteo-Articular Artrite, artrose, escoliose, cifose, espondilose, lombalgias, ciática, hérnia discal, joanetes e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.7 Pele Psoríase, eczema, alergias, micoses de repetição, úlceras de perna, herpes (oral/genital) e outras | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.8 Sistema Nervoso Cefaleias, insónias, paralisia, epilepsia, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, anorexia nervosa, demência, esquizofrenia e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.9 Sangue Anemia, leucemia, linfoma, mieloma múltiplo, púrpuras, hemofilia e outras | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.10 Sistema Endócrino Doenças da tiróide, doenças da supra-renal, diabetes mellitus, obesidade e outras | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.11 Sistema Imunológico Artrite reumatóide, lúpus, esclerodermia, dermatomiosite, espondilite anquilosante, vasculites e outras | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.12 Metabolismo Colesterol elevado, triglicéridos elevados, ácido úrico elevado (gota) e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.13 Olhos Diminuição da acuidade visual (miopia, astigmatismo, hipermetropia) uso de óculos graduados ou lentes de contacto, estrabismo, cataratas, glaucoma, doenças da retina e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.14 Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta Diminuição da actividade auditiva (grau), uso de próteses auditivas, otites de ou desvios do septo nasal, vertigens, zumbidos, sinusite, alterações do septo nasal, amigdalites e adenoidites de repetição e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.15 Doenças Ginecológicas e Patologia Mamária Nódulos da mama, quistos dos ovários, endometriose, mioma, hemorragias uterinas recorrentes, infertilidade feminina, tratamento hormonal da menopausa e outras | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.16 Doenças dos dentes e Cavidade oral Cáries não tratadas, uso de próteses e aparelhos, inflamação das gengivas ou língua e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.17 Doenças Infecciosas Paludismo (malária), desinterias tropicais, sida ou seropositividade, sífilis, mononucleose e outras. | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.18 Gravidez - está grávida? Tempo de gravidez, complicações, tipo de parto esperado (normal ou cesariana) | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.19 Gravidez - Já esteve grávida? Número de filhos, teve algum problema durante a gravidez, parto ou puerpério como gravidez ectópica, hipertensão arterial, diabetes, gémeos, cesariana | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.20 Neoplasias Pulmão, intestino, mama, útero, próstata, pele e outras | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |
| 5.21 Doenças Congénitas Cardíaca, pulmonar, intestinal, renal e outra | Sim | Não | Especifique: _____ _____ |

6. HISTORIA FAMILIAR

| | | | |
|---|-----|-----|---|
| Alguns dos seus familiares faleceu, sofreu ou sofreu de: diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, doença nervosa ou mental, doença cardiovascular, doença renal, doenças metabólicas, epilepsia, cancro ou outras. | Sim | Não | Especifique e indique o parentesco: _____ _____ |
|---|-----|-----|---|

7. OBSERVAÇÕES

| |
|--|
| |
|--|

8. DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais recolhidos serão tratados nos termos da legislação aplicável, nomeadamente da Lei nº 67/98, de 26 de outubro ou noutra regulamentação que a substitua, de acordo com as mais rigorosas medidas técnicas, organizativas e de segurança, necessárias a garantir a confidencialidade, integridade e a não destruição. O tratamento destes dados tem como finalidade a alteração ou adesão ao Plano de Saúde e à prestação dos serviços inerentes a esse Plano. Estes dados são indispensáveis e de fornecimento obrigatório e serão tratados pela Altice - Associação de Cuidados de Saúde ("ACS"). Os dados serão conservados pelo período de tempo necessário à prestação dos serviços.

A ACS protege a sua privacidade e toda a informação que nos disponibiliza, incluindo os seus dados pessoais, nos termos da respetiva Política de Privacidade disponível em [acs.pt](#) e que deve conhecer e rever periodicamente.

| |
|---|
| Autorizo o tratamento dos meus dados clínicos para os efeitos acima referidos. |
| Declaro que as minhas respostas foram dadas de uma forma exata, nada tendo omitido que se refira ao meu estado de saúde e antecedentes. Autorizo o meu médico ou médicos assistentes a prestar todas as informações ou elementos que se tornem necessários. |

Assinatura (igual a documento de identificação)

Assinatura do(a) Beneficiário(a)