

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 do MEO Cuidados de Saúde.
- 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. ___

4. HÁBITOS

4.1 É 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 SAÚDE

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, hemorroidas 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:
5.8 Sistema Nervoso	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), desenterias 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 MEO - Associação de Cuidados de Saúde ("MEO - ACS"). Os dados serão conservados pelo período de tempo necessário à prestação dos serviços.

A MEO - 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)