



# Mutualidade Popular

ASSOCIAÇÃO MUTUALISTA

LARGO TERREIRO DO BISPO, N.º 1 - 1.º  
APARTADO 9 - 8001 FARO CODEX  
TEL. - 822411 - FAX - 21725  
P.C. 500 746 079  
PESSOA COLECTIVA DE UTILIDADE PÚBLICA

## QUESTIONÁRIO MÉDICO

CONFIDENCIAL

CANDIDATURA  
 ASSOCIADO

(ESTE QUESTIONÁRIO SÓ SERÁ ACEITE SE ESTIVER CORRECTA E COMPLETAMENTE PREENCHIDO)

NOME \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA (CONCELHO) \_\_\_\_\_

FOI APURADO PARA TODO O SERVIÇO MILITAR?  
 SIM  NÃO  
EM CASO NEGATIVO, PORQUÊ?

JÁ FOI OPERADO?  SIM  NÃO  
QUE OPERAÇÕES SOFREU? EM QUE DATAS?

JÁ ESTEVE INTERNADO?  SIM  NÃO  
QUAL O MOTIVO DO INTERNAMENTO? EM QUE DATAS?

SOFRE DE DOENÇAS CRÓNICAS?  
 SIM  NÃO  
EM CASO AFIRMATIVO, QUAIS?

É NORMAL O ESTADO ACTUAL DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS?  
VISÃO  SIM  NÃO  
AUDIÇÃO  SIM  NÃO  
OLFAÇÃO  SIM  NÃO

SOFREU ALGUM ACIDENTE GRAVE?  
 SIM  NÃO  
EM CASO AFIRMATIVO, FICOU COM ALGUMA IMCAPACIDADE?  
 SIM  NÃO

JÁ FOI RECUSADA A SUA ADMISSÃO EM ALGUMA COMPANHIA DE SEGUROS OU NA M. P.?  
 SIM  NÃO  
TEM ALGUM GRAU DE INVALIDEZ?  
 SIM  NÃO

FOI-LHE RECOMENDADA ALGUMA DIETA?  
 SIM  NÃO  
EM CASO AFIRMATIVO, PORQUÊ?

TOMA MEDICAMENTOS REGULARMENTE?  
 SIM  NÃO  
EM CASO AFIRMATIVO, QUAIS?

TEM HÁBITOS ALCOÓLICOS?  
 SIM  NÃO  
QUANTO BEBE POR DIA  
FUMA?  SIM  NÃO  
QUANTOS CIGARROS POR DIA?

CONSIDERA BOM O SEU ESTADO DE SAÚDE?  
 SIM  NÃO  
EXISTEM ACTUALMENTE QUAISQUER CONSEQUENCIAS DE DOENÇAS PASSADAS?  
 SIM  NÃO

TEM CONHECIMENTO DE DOENÇAS DOMINANTES NA FAMÍLIA, NOMEADAMENTE DIABETES, HIPERTENSÃO ARTERIAL, TUBERCULOSE, DOENÇAS ALÉRGICAS, ASMA, DOENÇAS NERVOSAS, EPILEPSIA OU OUTRA?  
QUAIS?  SIM  NÃO

SOFRE OU JÁ SOFREU DE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS OU SINTOMAS?

BRONquite CRÓNICA  
 TUBERCULOSE  
 ASMA  
 PLEURISIA

HIPERTENSÃO  
 ANGINA DE PEITO  
 ENFARTE DE MIOCÁRDIO  
 DOENÇAS VALVULARES CARDÍACAS  
 DOENÇAS VASCULARES CEREBRAIS  
 VARIZES OU FLEBITES

REUMATISMOS  
 GOTA  
 DIABETES  
 BÓCIO

ÚLCERA GÁSTRICA OU DUODENAL  
 PERDAS DE SANGUE  
 DIARREIA FREQUENTE  
 FÍSTULAS NO ÂNUS  
 DOENÇAS DO FÍGADO

CÓLICAS RENAI  
 INFECCÕES URINÁRIAS  
 DOENÇAS VENÉRIAS

AFECÇÕES DOS OUVIDOS  
 DOS OLHOS  
 DA PELE  
 ALERGIAS

DOENÇAS NEUROLÓGICAS  
 DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

DOENÇAS INFECCIOSAS  
 TUMORES

QUAISQUER OUTRAS DOENÇAS NÃO CITADAS ANTERIORMENTE, QUAIS?

A PREENCHER POR CANDIDATOS DO SEXO FEMININO

COMO SÃO OS PERÍODOS MENSTRUAIS?  REG.  IRREG.  
SOFRE DE DOENÇAS DOS ORGÃOS GENITAIS, OU DAS GLÂNDULAS MAMÁRIAS?  SIM  NÃO  
SE JÁ ENGRAVIDOU, SURTIU ALGUMA COMPLICAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ?  SIM  NÃO  
E A SEGUIR AO PARTO?  SIM  NÃO

OBSERVAÇÕES

DAS DOENÇAS CITADAS ANTERIORMENTE CARACTERIZE:

DOENÇA	DATA INÍCIO	ANO CURA	TRATAMENTO	ESTADO ACTUAL

JÁ SOFREU ALGUMA TRANSFUSÃO DE SANGUE?  SIM  NÃO

ONDE?

QUANDO

JÁ TOMOU OU TOMA DROGAS POR VIA ENDOVENOSA?  SIM  NÃO

(SEM SER POR PRESCRIÇÃO MÉDICA)

INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA DO AGENTE OU PRODUTOR:

Conhece algum aspecto da saúde do candidato que possa influir nas conclusões a tirar das respostas a este questionário?

---

---

---

E declaro que em nada influi para as respostas dadas pela Pessoa a Segurar.

Assinatura \_\_\_\_\_

A Pessoa a Segurar declara ter respondido com toda a verdade ao questionário, e toma a responsabilidade pelas declarações prestadas ainda que sómente as assine por serem escritas, a seu pedido por outra pessoa, e releva do segredo profissional os médicos que a tenham tratado autorizando-os a fornecer à Seguradora as informações que eventualmente sejam necessárias a uma perfeita apreciação do seu estado de saúde.

**IMPORTANTE:** Lembra-se que toda a declaração inexacta, assim como toda a reticência de factos conhecidos podem tornar o seguro nulo (Código Comercial, Art. 429)

DATA [    ] [    ] [    ]

O CANDIDATO \_\_\_\_\_

## Parecer do médico da Associação

DEVE SER ADIADA A SUA ADMISSÃO, POR QUANTO TEMPO ? \_\_\_\_\_

O CANDIDATO ESTÁ EM CONDIÇÕES DE SER ADMITIDO ? \_\_\_\_\_

QUAISQUER OUTRAS OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

FARO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

O MÉDICO, \_\_\_\_\_