

	<b>FORMULÁRIO</b>	CODIGO: <b>FM-NEG-5.0182</b>	REVISÃO: <b>4</b>
	TÍTULO: <b>QUESTIONÁRIO CONDIÇÃO DE SAÚDE - PLANO PLENO</b>	DATA: <b>26/06/2020</b>	PÁGINA: <b>1/1</b>

**Questionário Condição de Saúde - Plano Pleno UVS**

**Empresa Cliente :** \_\_\_\_\_

**Nome Beneficiário:** \_\_\_\_\_

**Data Nascimento:** \_\_\_\_\_

Titular  Dependente

**Nº Telefone (S) Celular:** \_\_\_\_\_ **Fixo:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  F  M **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Peso (Kg):** \_\_\_\_\_

**Altura (m):** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Se mulher, está grávida? (4)**

- Não
- Sim Se sim, quantas semanas? \_\_\_\_\_

**Goza de boa saúde no momento? (5)**

- Não
- Sim

**Está fazendo algum tratamento médico? (8)**

- Não
- Sim / Descreva medicamentos: \_\_\_\_\_

**Possui alguma anomalia, lesão ou doença congênita (de nascimento)? (9)**

- Não
- Sim Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**Assinale as condições de saúde abaixo caso os possua:**

- Fumante
- Hipertensão (pressão alta)
- Doença respiratória
- Doença cardíaca
- Doença neurológica
- Diabetes
- Doença infecto-contagiosa
- Uso de substâncias ilícitas
- Dificuldade em controlar o uso de álcool
- Sofrimento mental (estresse, ansiedade, depressão, bipolaridade...)
- Câncer

**Responder em caso de crianças menores de 05 anos**

Problemas durante a gestação?  Não  Sim / descreva \_\_\_\_\_ (25)

Parto Normal?  Não  Sim

Prematuro?  Não  Sim / de quantas semanas \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

Ao nascer precisou de internação:  Não  Sim - Em UTI:  Não  Sim

Sofre de problemas de convulsões:  Não  Sim

Doença Congênita:  Não  Sim

Data preenchimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**CONFIDENCIAL**

As informações contidas neste documento são proprietárias e para uso confidencial.  
Propriedade da Unimed Vale do Sinos