

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

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