

N.º COTAÇÃO /

 N.º CLIENTE:

 RAMO:

 APÓLICE:

ACEITAÇÃO _____

Preenchimento obrigatório pelo Médico Assistente, inscrito na Ordem dos Médicos, para candidatos com mais de 55 anos.

Solicitamos o favor de confirmar a identidade do candidato e de formular as perguntas, uma por uma, bem como realizar os exames necessários, de forma a completar todos os campos. Uma informação clara e completa é suficiente para analisar o risco. Agradecemos que, detalhe a informação recolhida, sempre que necessário. Gratos pela sua colaboração.

1. CANDIDATO

Nome completo: _____ Data de nascimento: _____ Idade: _____

N.º de contribuinte: _____ Contato telefónico: _____

2. EXAME MÉDICO (Se sim, especifique)
2.1 - Índices Biométricos:

Altura _____ m Peso _____ kg Tensão Arterial: _____ máx. _____ mín.

2.2 - É reformado por acidente ou doença? Sim Não

Motivo: _____

Desde _____ Grau de incapacidade _____ %

2.3 - Apresenta alguma lesão, deficiência, deformidade ou incapacidade física resultante de:

 Traumatismo? Não Sim _____

 Doença? Não Sim _____

2.4 - Coração

 Há alteração no exame cardíaco? Não Sim _____

Frequência cardíaca em repouso: _____ puls./min. Qual o resultado do último ECG? _____

2.5 - Aparelho Osteo-Auricular, sofre de queixas ou alterações osteo-articulares:

 Dos membros? Não Sim _____

 Da bacia? Não Sim _____

 Da coluna vertebral? Não Sim _____

Qual o resultado e data dos últimos exames radiológicos? _____

2.6 - Doenças Vasculares

 Há alterações no exame dos pulsos arteriais? Não Sim _____

O exame do sistema venoso revelou a existência de:

 Varizes tronculares? Não Sim _____

 Varicosidades dérmicas? Não Sim _____

2.7 - Metabólicas e Endócrinas

 Sofre de diabetes? Não Sim _____

 Renipatia Nefropatia Cardiopatia Vasculopatia

 Há alterações no exame da glândula tiroideia? Não Sim _____

Qual o resultado e data da última ECO e citologia efetuadas? _____

 Existem outras doenças metabólicas ou endócrinas? Não Sim _____

2.8 - Vesícula Biliar

 Há queixas de dispepsia compatíveis com litíase biliar? Não Sim _____

Qual o resultado e data do último exame ecográfico hepato-biliar? _____

2.9 - Hérnias

 Há alterações ao exame dos pontos herniários da parede abdominal? Não Sim _____

2. EXAME MÉDICO (Se sim, especifique) - Continuação

2.10 - Nos últimos 3 anos foi dada indicação para consultas de especialidade? (quais, datas e motivos)

Não Sim _____

2.11 - Nos últimos 3 anos realizou exames complementares de diagnóstico? (quais, datas e motivos)

Não Sim _____

HOMENS (questionário específico)

2.12 - Próstata

Há alterações no exame da próstata? Não Sim _____
Existem alterações miccionais? Não Sim _____

MULHERES (questionário específico)

2.13 - Mama

Há alterações à inspeção e à palpação? Não Sim _____
Qual o resultado e a data da última mamografia / ecografia mamária? _____

2.14 - Aparelho Ginecológico, há alterações nos exames

Do útero? Não Sim _____
Dos anexos? Não Sim _____
Vulvo-vaginal? Não Sim _____
Existem sinais de incontinência ou prolapso uro-genital? Não Sim _____
Qual o resultado da última ECO pélvica e citologia vaginal? _____

3. OBSERVAÇÕES

4. MÉDICO - Examinador ou Assistente

Nome completo: _____ N.º Cédula Profissional _____
Morada: _____ Localidade: _____
Código postal: _____ - _____ País: _____ Telefone _____

Data

Assinatura do Médico
