

CLIENTE:

RAMO: 30

APÓLICE:

Preenchimento obrigatório pelo Médico Examinador ou Assistente para candidatos com mais de 55 anos.

Caro Colega:

Solicitamos que confirme a identidade do candidato e que formule as perguntas, uma por uma, bem como que realize os exames necessários, de forma a completar todos os campos. Uma informação clara e completa geralmente é suficiente para apreciar o risco. Evitará o atraso na emissão da apólice ou envio de correspondência incómoda. Agradecemos que sempre que necessário, dê detalhes. Muito obrigado pela sua colaboração.

1. CANDIDATO											
Nome Completo						Data de nascimento		Idade			
Grau de Parentesco com o Titular Próprio <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>											
2. EXAME MÉDICO											
2.1 Índices Biométricos											
2.1.1 Altura		m		2.1.2 Peso		kg		2.1.3 Tensão Arterial		max.	min.
2.2 É reformado por acidente ou doença?											
Sim <input type="checkbox"/>				Não <input type="checkbox"/>		Motivo:					
				Desde		Grau de incapacidade				%	
2.3 Apresenta alguma lesão, deficiência, deformidade ou incapacidade física resultante de:											
Especifique:											
Traumatismo?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Doença?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
2.4 Coração											
Especifique:											
Há alteração no exame cardíaco?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Frequência cardíaca em repouso:				puls./min.		Qual o resultado do último ECG?					
Valores de tensão arterial:		máx.		mín.							
2.5 Aparelho Osteo-Auricular, sofre de queixas ou alterações osteo-articulares:											
Especifique:											
Dos membros?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Da coluna vertebral?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Da bacia?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Qual o resultado e data dos últimos exames radiológicos?											
2.6 Doenças Vasculares											
Especifique:											
Há alterações no exame dos pulsos arteriais?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
O exame do sistema venoso revelou a existência de:											
Varizes tronculares?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Varicosidades dérmicas?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
2.7 Metabólicas e Endócrinas											
Especifique:											
Sofre de diabetes?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Renipatia		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Nefropatia		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
						Cardiopatia		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
						Vasculopatia		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Há alterações no exame da glândula tiroideia?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Qual o resultado e data da última ECO e citologia efetuadas?											
Existem outras doenças metabólicas ou endócrinas?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
2.8 Vesícula Biliar											
Especifique:											
Há queixas de dispepsia compatíveis com litíase biliar?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
Qual o resultado e data do último exame exográfico hepato-biliar?											
2.9 Hérnias											
Especifique:											
Há alterações ao exame dos pontos herniários da parede abdominal?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>							
2.10 Nos últimos 3 anos foi dada indicação para consultas de especialidade (quais, datas e motivos)?											

2. EXAME MÉDICO (continuação)

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

HOMENS (questionário específico)

2.12 Próstata Especifique:

Há alterações no exame da próstata? Sim Não

Existem alterações miccionais? Sim Não

MULHERES (questionário específico)

2.13 Mama Especifique:

Há alterações à inspeção e à palpação? Sim Não

Qual o resultado e a data da última mamografia / ecografia mamária?

2.14 Aparelho Ginecológico, há alterações nos exames

Do útero? Sim Não

Dos anexos? Sim Não

Vulvo-vaginal? Sim Não

Existem sinais de incontinência ou prolapso uro-genital? Sim Não

Qual o resultado da última ECO pélvica e citologia vaginal?

3. OBSERVAÇÕES**4. MÉDICO** (examinador ou assistente)

Nome Completo		Nº Cédula Profissional	
Morada		Localidade	
Cód. Postal	País		Telefone

Data:

Assinatura do Médico

_____, ____/____/____
