

---

---

## Questionário: DECLARAÇÃO DE SAÚDE

---

---

Data da entrevista:

Beneficiário:

Nome Plano : ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES DA POLICIA FEDERAL

1. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DO SANGUE, COMO ANEMIAS ADQUIRIDAS (CARENCIAL, HEMOLÍTICA E APLÁSTICA OU ANEMIAS HEREDITÁRIAS(TALASSEMIA E FALCIFORME) OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

2. - É PORTADOR(A) DE ALGUM DISTÚRPIO DO SONO, COMO APNEIA DO SONO; RONCO, EM CASO MENOR DE IDADE; OU OUTRO?

NÃO

SIM

Obs.:

3. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DAS ARTICULAÇÕES, COMO ARTROSE, TENDINITE OU OUTRA? EM QUAL PARTE DO CORPO?

NÃO

SIM

Obs.:

4. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DOS RINS, COMO CALCULOSE, INSUFICIÊNCIA RENAL OU OUTRA; TEM RIM TRANSPLANTADO OU NECESSIDADE DE TRANSPLANTE?

NÃO

SIM

Obs.:

5. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DOS OLHOS, COMO MIOPIA, HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, CATARATA, ESTRABISMO, GLAUCOMA, LESÃO DE CÓRNEA, PTERÍGIO, OU TEM NECESSIDADE DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA?

NÃO

SIM

Obs.:

6. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA COLAGENOSE, COMO LÚPUS, ESCLERODERMIA, POLIDERMATOMIOSITE, ARTRITE REUMATOIDE, VASCULITES OU OUTRAS?

NÃO

SIM

Obs.:

7. - É PORTADOR(A) DE DIABETES MELLITUS? ESPECIFICAR O TIPO.

NÃO

SIM

Obs.:

8. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DA BOCA OU DAS GLÂNDULAS SALIVARES, MAXILARES, HPERTROFIA DE ADENOIDE OU AMÍGDALAS, OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

9. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DA COLUNA (CERVICAL, DORSAL, LOMBOSSACRA, COCCÍGEA)?

NÃO

SIM

Obs.:

---

## Questionário: DECLARAÇÃO DE SAÚDE

10. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DAS ARTÉRIAS (CARÓTIDA, AORTA, FEMORAL)?

NÃO

SIM

Obs.:

11. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DO CORAÇÃO (REUMÁTICA, VALVULAR, ISQUÊMICA, INFECCIOSA, MUSCULAR, CONGÊNITA ETC.)?

NÃO

SIM

Obs.:

12. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO, COMO CIRROSE HEPÁTICA, HEPATITE, CALCULOSE DE VESÍCULA, PANCREATITE, ENTERITE, COLITE, GASTRITE, ÚLCERA, HEMORROIDA, ESOFAGITE, COLITE, GASTRITE, ÚLCERA, HEMORROIDA, ESOFAGITE OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

13. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DOS OUVIDOS E MASTOIDES, COMO SURDEZ, OTITE CRÔNICA, RINITE ALÉRGICA OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

14. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO, COMO DOENÇA DE PARKINSON, DOENÇA DE ALZHEIMER, EPILEPSIA, SEQUELA DE AVC, TUMORES, PARALISIA, MENINGITE OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

15. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DA PRÓSTATA (PARA OS HOMENS), DAS MAMAS OU ENDOMETRIOSE (PARA AS MULHERES), DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS, DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

16. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DOS OSSOS, COMO OSTEOPOROSE, SEQUELA DE FRATURAS OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

17. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DOS PULMÕES, COMO DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, ASMA, ENFISEMA, TUBERCULOSE OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

18. - É PORTADOR(A) DE ALGUM TIPO DE HÉRNIA, COMO INGUINAL, DE HIATO, UMBILICAL, INCISIONAL, EPIGÁSTRICA OU OUTRA?

NÃO

SIM

Obs.:

---

## Questionário: DECLARAÇÃO DE SAÚDE

19. - É PORTADOR(A) DE HIPERTENSÃO ARTERIAL OU, NO CASO DE GESTANTES, DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ?

- NÃO  
 SIM

Obs.:

20. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DE PELE, COMO TUMORES, MANCHAS OU OUTRAS? ESPECIFICAR O LOCAL.

- NÃO  
 SIM

Obs.:

21. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA, COMO MALFORMAÇÃO CONGÊNITA OU ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS?

- NÃO  
 SIM

Obs.:

22. - É PORTADOR(A) DE ALGUM TIPO DE CÂNCER (NEOPLASIA MALIGNA)? ESPECIFICAR ANO DO DIAGNÓSTICO

- NÃO  
 SIM

Obs.:

23. - É PORTADOR(A) DE OBESIDADE MÓRBIDA?

- NÃO  
 SIM

Obs.:

24. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA MUSCULAR, COMO MIASTENIA GRAVE OU OUTRA?

- NÃO  
 SIM

Obs.:

25. - É PORTADOR(A) DE VÍRUS HIV (VÍRUS DA AIDS)?

- SIM  
 NÃO

Obs.:

26. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS, COMO TIREOIDE, PARATIREOIDE, HIPÓFISE OU SUPRARRENAL? ESPECIFICAR GLÂNDULA E DOENÇA.

- NÃO  
 SIM

Obs.:

27. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA DAS VEIAS, COMO VARIZES, MICROVARIZES, TROMBOSE, ÚLCERA DE PERNA OU OUTRA?

- NÃO  
 SIM

Obs.:

28. - É PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA MENTAL?

- NÃO  
 SIM

Obs.:

---

---

**Questionário: DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

---

---

30 - INFORME SUA ALTURA ATUAL CM (CENTIMETROS):

Responder no campo de observação abaixo.

**Obs.:**

29 - INFORME SEU PESO ATUAL KG (QUILOS):

Responder no campo de observação abaixo.

**Obs.:**

31 - Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas acima.

Responder no campo de observação abaixo.

**Obs.:**

---

Local e Data

Assinatura do proponente ou responsável

Assinatura do Médico e CRM  
(Caso tenha sido orientado)