



Número Médicos do Titular

www.medis.pt

Nome Completo: _____

Data de Nascimento:
D D M M A A A ASexo: M F**QUESTIONÁRIO MÉDICO - INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL**

Morada: _____

Código Postal: _____

Localidade: _____

NIB

Nº Contribuinte: _____

Tomador de Seguro (Preencher no caso de Empresa/Grupo, com o respectivo nome)

Titular do Seguro

Nº Apólice: _____

Nº Empregado _____

Data de Inclusão Grau de Parentesco: Titular Cônjuge Descendente Ascendente Outro**O DOCUMENTO É DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

MUITO IMPORTANTE: Assegure-se que responde a todas as questões com SIM ou NÃO, marcando com uma cruz a resposta pretendida. Sempre que responder SIM descreva a situação o mais pormenorizadamente possível. O preenchimento incompleto do presente questionário determinará que o mesmo não seja aceite, e originará um pedido de esclarecimento que poderá atrasar consideravelmente a análise e decisão final pela Direcção Médica do Segurador. O presente questionário faz parte integrante da Proposta de Seguro e integrará também o Contrato de Seguro que venha a ser celebrado. Por esta razão, chamamos a sua atenção para o disposto no Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, que determina, para o Tomador do Seguro ou Segurado, o dever de, antes da celebração do contrato, declarar com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, mesmo aquelas cuja menção não seja solicitada em questionários fornecidos pelo Segurador. O incumprimento deste dever pode determinar, entre outras consequências, a cessação imediata do contrato de seguro, a perda do prémio eventualmente pago e a não assunção de responsabilidade do Segurador pela cobertura de sinistros e consequente pagamento de indemnizações.

ÍNDICES BIOMÉTRICOS E HÁBITOSAltura (m, cm) Peso (Kg) Tensão Arterial
(máx.) (min.)Bebe bebidas alcoólicas? Sim Não Se sim, indique qual o consumo diário? _____ Que bebida(s) ingere? _____Fuma? Sim Não Se sim, indique o nº de cigarros por dia? _____ Há quantos anos fuma? _____**ANTECEDENTES PESSOAIS - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?**

A - Doenças do Aparelho Cardiovascular? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca (1)	<input type="checkbox"/> Pericardite (1)	<input type="checkbox"/> Tromboflebite (1)	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial (1)
<input type="checkbox"/> Enfarte ou Angina de Peito (1)	<input type="checkbox"/> Doenças de Válvulas (1)	<input type="checkbox"/> Endocardite (1)	<input type="checkbox"/> Outras (_____)
<input type="checkbox"/> Arritmias ou Bloqueios / Pacemaker	<input type="checkbox"/> Miocardiopatia (1)	<input type="checkbox"/> Varizes	

B - Doenças do Aparelho Respiratório? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória (1)	<input type="checkbox"/> Bronquite Crónica (1)	<input type="checkbox"/> Bronquiectasias (1)	<input type="checkbox"/> Pneumotórax (1)
<input type="checkbox"/> Doenças Alérgicas Respiratórias	<input type="checkbox"/> Enfisema (1)	<input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar (1)	<input type="checkbox"/> Outras (_____)
<input type="checkbox"/> Asma (1)	<input type="checkbox"/> Tuberculose Pulmonar (1)	<input type="checkbox"/> Pleuresia (1)	

C - Doenças do Tubo Digestivo? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Doença do Esófago (1)	<input type="checkbox"/> Úlcera Gastro-Duodenal	<input type="checkbox"/> Doença de Crohn (1)	<input type="checkbox"/> Hérnia Inguinal
<input type="checkbox"/> Hérnia do Hiato	<input type="checkbox"/> Diverticulose do Cólon	<input type="checkbox"/> Colite Ulcerosa (1)	<input type="checkbox"/> Hemorragia Digestiva (1)
<input type="checkbox"/> Gastrite Crónica	<input type="checkbox"/> Polipos Intestinais (1)	<input type="checkbox"/> Hemorróidas	<input type="checkbox"/> Outras (_____)

D - Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Doença Crónica do Fígado ou Cirrose (1)	<input type="checkbox"/> Pancreatite (1)	<input type="checkbox"/> Outras (_____)
<input type="checkbox"/> Hepatite B, C, D ou E (1)	<input type="checkbox"/> Cálculos Biliares	

E - Doenças do Aparelho Genito-Urinário? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal (1)	<input type="checkbox"/> Nefrite Crónica (1)	<input type="checkbox"/> Doença da Próstata (1)
<input type="checkbox"/> Hemodiálise	<input type="checkbox"/> Litíase Renal	<input type="checkbox"/> Infertilidade Masculina
<input type="checkbox"/> Transplantação Renal	<input type="checkbox"/> Doenças das Vias Urinárias (1)	<input type="checkbox"/> Outras (_____)

F - Doenças do Osso, Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Polimiosite (Dermatomiosite) (1)	<input type="checkbox"/> Espondilose	<input type="checkbox"/> Cifose	<input type="checkbox"/> Ciática
<input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante (1)	<input type="checkbox"/> Hérnia de Disco	<input type="checkbox"/> Ombro Doloroso (1)	<input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide (1)
<input type="checkbox"/> Esclerose Sistémica (Esclerodermia) (1)	<input type="checkbox"/> Escoliose	<input type="checkbox"/> Lombalgia	<input type="checkbox"/> Fracturas (2)
<input type="checkbox"/> Lúpus Eritematoso Disseminado (1)	<input type="checkbox"/> Artrose	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Outras (_____)

G - Doenças de Pele? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Dermatite de Contacto	<input type="checkbox"/> Dermatite Seborreica	<input type="checkbox"/> Acne
<input type="checkbox"/> Dermatite Atópica	<input type="checkbox"/> Infecção Fúngica da Pele	<input type="checkbox"/> Urticária / Angiodema
<input type="checkbox"/> Dermatite de Estase / Úlcera da Perna	<input type="checkbox"/> Psoríase	<input type="checkbox"/> Outras (_____)

H - Doenças do Sistema Nervoso? SIM NÃO Se sim, indique qual:

<input type="checkbox"/> Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular (3)	<input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla (1)	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia (1)
<input type="checkbox"/> Parkinson (1)	<input type="checkbox"/> Epilepsia (1)	<input type="checkbox"/> Doença Bipolar (1)
<input type="checkbox"/> Trombose / Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/> Demência (1)	<input type="checkbox"/> Depressão
	<input type="checkbox"/> Outras (_____)	

ANTECEDENTES PESSOAIS - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

I - Doenças de Sangue? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Anemia (1) Leucemia (Aguda / Crónica) (1) Mieloma Múltiplo (1) Hemofilia (1)
 Linfoma (Hodgkin / Não Hodgkin) (1) Mielodisplasia (1) Púrpura (1) Outras (_____)

J - Doenças Endocrinológicas? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Doença da Tireoideia (1) Tumor da Hipófise (1) Diabetes Mellitus Tipo 2 Outras (_____)
 Doenças das Suprarenais (1) Diabetes Mellitus Tipo 1 Anorexia Nervosa (1)

K - Doenças do Metabolismo? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Elevação do Colesterol Elevação dos Triglicéridos Elevação do Ácido Úrico (Gota) Outras (_____)

L - Doenças dos Olhos? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Diminuição da Acuidade Visual / Uso de Óculos Graduados ou Lentes de Contacto (Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia) Glaucoma
 Estrabismo Catarata Doença da Retina Outras (_____)

M - Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Diminuição da Acuidade Auditiva / Uso de Próteses Auditivas Amigdalites e Adenoidites de Repetição Vertigens
 Otite de Repetição ou Crónica Sinusite Alteração do Septo do Nariz Outras (_____)

N - Doenças do Aparelho Ginecológico? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Nódulos Benignos da Mama Tumor Uterino (Benigno) (1) Endometriose Outras (_____)
 Tumor Anexial (Benigno) (1) Prolapso Uterino Infertilidade Feminina

O - Doenças Infecciosas? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Portador do HIV ou Sida (1) Sífilis (1)
 Tuberculose Ganglionar, Renal ou de outro Órgão (1) Outras (_____)

P - Neoplasias? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Pulmão (1) Estômago (1) Próstata (1) Mama (1) Tireoideia (1)
 Útero (1) Cólon (1) Rim (1) Pele (1) Outras (_____)

Q - Doenças Congénitas? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Cardíaca Renal Pulmonar Digestiva Neurológica
 Outras (_____)

Se assinalou alguma doença neste ponto, indique qual: _____
 Descreva a situação clínica: _____

Esclarecimentos / Elementos adicionais

(1) Nos pontos "A, B, C, D, E, F, H, I, J, N, O e P", para as doenças assinaladas com (1), indique:
 Ano de aparecimento: _____ Duração: _____ Exames e tratamentos realizados: _____
 Descreva a situação: _____

(2) Se assinalou a opção "Fracturas", no ponto "F", indique:
 Localização da fractura: _____ Tratamentos realizados: _____
 Se apresenta sequelas: _____

(3) Se assinalou a opção "Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular", no ponto "H", indique:
 Se apresenta sequelas neurológicas: _____

Se assinalou "Outras", indique:
 Quais: _____ Ano de aparecimento: _____ Duração: _____ Exames e tratamentos realizados: _____
 Descreva a situação: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Algum dos seus Pais ou Irmãos já faleceu? Sim Não Se sim, indique qual:
 Pai Mãe Irmão(ã) Idade(s) _____
 Especifique as causas: _____

Algum dos seus Familiares sofre de Doença Grave e/ou Crónica? Sim Não Se sim, indique qual: _____

Data e Assinatura

_____/_____/_____
 (Local e Data)

 (Pessoa Segura)

Médís - Companhia Portuguesa de Seguros Saúde, S.A. - Sociedade anónima com sede na Avenida José Malhoa, nº 27, em Lisboa, pessoa colectiva nº 503496944 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00.
 Morada para correspondência: Tagus Park, Edifício 10 - Piso 0, 2744-005 Porto Salvo.

Médís: marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médís - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., sociedade anónima com sede na Av. José Malhoa nº 27, 1070-157 Lisboa, Pessoa Colectiva nº 503 496 944 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o Capital Social de 12.000.000 Eur, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde subjacente aos seguros dos ramos Doença, Assistência e Acidentes titulados por Apólices por si emitidas ou por outros seguradores sob sua autorização.