

# VICTORIA Seguros de Saúde

## QUESTIONÁRIO CLÍNICO

### 1. DADOS DAS PESSOAS SEGURAS

Tomador de Seguro	Data de Nascimento
1ª Pessoa Segura	Data de Nascimento
2ª Pessoa Segura	Data de Nascimento
3ª Pessoa Segura	Data de Nascimento
4ª Pessoa Segura	Data de Nascimento

Solicitamos que responda a todas as questões, mesmo que alguma lhe possa parecer irrelevante.

### 2. INFORMAÇÃO BASE

	Pessoa 1	Pessoa 2	Pessoa 3	Pessoa 4
1. Peso (kg) e altura (cm)	<input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm	<input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm	<input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm	<input type="text"/> Kg/ <input type="text"/> cm
2. Sexo	<input type="text"/> M <input type="text"/> F	<input type="text"/> M <input type="text"/> F	<input type="text"/> M <input type="text"/> F	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
3. Tensão arterial (Mínima / Máxima):	<input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max	<input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max	<input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max	<input type="text"/> Min/ <input type="text"/> Max
4. Consome habitualmente tabaco?	<input type="text"/> Não <input type="text"/> Sim	<input type="text"/> Não <input type="text"/> Sim	<input type="text"/> Não <input type="text"/> Sim	<input type="text"/> Não <input type="text"/> Sim
Indique a quantidade de cigarros/dia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alguma das Pessoas Seguras está grávida?	<input type="text"/> Não <input type="text"/> Sim	Pessoa Segura Nº <input type="text"/> semanas <input type="text"/>		

### 3. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

	Pessoa 1		Pessoa 2		Pessoa 3		Pessoa 4	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
5. <b>Sofre ou sofreu de: (Sublinhe a doença em causa)</b>								
5.1. <b>Miopia, astigmatismo ou hipermetropia</b> Indique as dioptrias (olho esquerdo / olho direito)								
5.2. <b>Outras doenças dos Olhos:</b> Estrabismo, Cataratas, glaucoma, descolamento de retina, cegueira ou outras.								
5.3. <b>Ouvidos, Nariz e Garganta:</b> otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal, vertigens, pólipos, surdez, etc.								
5.4. <b>Aparelho Respiratório:</b> alergias, asma, apneia do sono, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumotórax, etc.								
5.5. <b>Coração e Aparelho Circulatório:</b> hipertensão arterial, varizes, má circulação, derrame, flebites, AVC, doença cardíaca ou coronária, enfarte, angina de peito, arritmia ou outras								
5.6. <b>Aparelho digestivo:</b> Gastrite, úlceras, cálculos biliares (vesícula), refluxo, hérnias, (hiato, inguinal), pólipos intestinais, doença de Crohn, hemorroidas, fistulas, cirrose hepática, icterícia, pancreatite, insuficiência hepática, etc.								
5.7. <b>Aparelho Urinário:</b> infeções, insuficiência renal, cálculos renais ou outras								
5.8. <b>Aparelho Genital Feminino e Mama:</b> mama (nódulos, quistos), útero (miomas, pólipos), ovários (quistos, tumores), infertilidade ou outras								
5.9. <b>Aparelho Genital Masculino:</b> fimose, próstata, infertilidade ou outras								
5.10. <b>Doenças Endócrinas, Metabólicas ou do Sangue:</b> diabetes, tiróide, bócio, obesidade, anemia, leucemia, mieloma múltiplo, linfoma, mielodisplasia, hemofilia, púrpura ou outras								
5.11. <b>Doenças Neurológicas ou Mentais:</b> epilepsia, depressão, paralisia, traumatismo craniano, cefaleias, toxicod dependência ou outras								
5.12. <b>Doenças da Pele:</b> sinais com alterações, quistos (dermóide, sebáceo, sacro-coccígeo), eczema, psoríase, acne, etc.								
5.13. <b>Ossos e Articulações:</b> hérnia discal, reumatismo, dor ciática, lombalgias, artrose ou artrite, escoliose, cifose, espondilose, tendinite, gota, joanetes, osteoporose, rotura de ligamentos, fraturas, entorse ou outras								
5.14. <b>Doenças Infeto-Contagiosas, Tropicais e sexualmente Transmissíveis:</b> SIDA, hepatite B ou C, malária, sífilis, etc.								
5.15. <b>Tumores/Neoplasias:</b> benignos ou malignos								
5.16. <b>Deficiência Física ou Doença Congénita</b>								
5.17. <b>Outras Doenças:</b> (que não estejam descritas acima)								
6. <b>Alguma vez recorreu ao serviço hospitalar:</b>								
6.1. Para tratamento?								
6.2. Para intervenção cirúrgica?								
7. Toma ou tomou regularmente algum medicamento nos últimos 5 anos?								

**3. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR**

8. Prevê que possa necessitar de outros tratamentos e/ou intervenção cirúrgica?
9. Realizou exames complementares de diagnóstico (prova de esforço, eletroencefalograma, ecografia, endoscopia, colonoscopia, TAC, ressonância magnética ou outros exames complexos)?
- Nota:** Ao responder a esta questão, não considerar exames realizados no âmbito de rotinas anuais (análises ao sangue, urina, eletrocardiograma simples, etc).
10. Nos últimos 2 anos consultou algum médico?
- Nota:** Ao responder a esta questão, não considerar consultas realizadas no âmbito de rotinas anuais. (Ginecológico, Clínica Geral, Pediatria).
11. Foi ou está a ser submetido(a) a algum tratamento (fisioterapia, quimioterapia, radioterapia ou outros)?
12. Alguma vez efetuou consultas, tratamentos ou desintoxicação por alcoolismo ou toxic dependência?
13. Interrompeu as suas atividades normais mais de 7 dias devido a doença ou acidente?
14. Tem dores ou queixas não esclarecidas?
15. Faltam dentes que não tenham sido substituídos?

Pessoa 1		Pessoa 2		Pessoa 3		Pessoa 4	
Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nota:** Para o VICTORIA Saúde Executive e Ibérica estão excluídos os atos médicos relacionados com próteses e implantes dentários, até à apresentação de uma ortopantomografia.

Se respondeu SIM a alguma das questões anteriores, indique obrigatoriamente:

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Indique qual: _____
Tratamentos e/ou Exames realizados			Data cirurgia
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Indique qual: _____
Tratamentos e/ou Exames realizados			Data cirurgia
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Indique qual: _____
Tratamentos e/ou Exames realizados			Data cirurgia
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Pergunta Nº	Pessoa Seguro Nº	Nome	Data de diagnóstico
Motivo/Diagnóstico			
Cirurgia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Indique qual: _____
Tratamentos e/ou Exames realizados			Data cirurgia
Resultado			
Em caso de internamento, indique o Hospital e nome do Médico e Especialidade			Nº de dias
Nome dos medicamentos que toma/motivo			
Estado actual/Sequelas			

Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(1ª Pessoa Segura)

(2ª Pessoa Segura)