

✓ EMPRESA: SESC SENAC

NOME DO TITULAR: _____ IDADE: _____ TELEFONE DE CONTATO () _____

NOME DOS DEPENDENTES:

DEP 01:	_____	IDADE: _____
DEP 02:	_____	IDADE: _____
DEP 03:	_____	IDADE: _____
DEP 04:	_____	IDADE: _____
DEP 05:	_____	IDADE: _____

Questionário a ser respondido com "SIM" ou "NÃO" de próprio punho pelo Titular						
Titular	Dep.1	Dep. 2	Dep.3	Dep. 4	Dep.5	
01. Tem ou já teve problemas de veias e artérias (varizes, úlceras nas pernas, trombose, dilatação das artérias)?						
02. Tem ou já teve problemas de coração (infarto, pressão alta, angina etc.)?						
03. Tem ou já teve problemas de glândulas (diabetes, tireoide, ovários etc.)?						
04. Tem ou já teve problemas gastroenterológicos (ulcera, gastrite, esôfago, intestino etc.)?						
05. Tem ou já teve problemas com hérnias de qualquer tipo?						
06. Tem ou já teve problemas de cálculos, infecção dos rins, bexiga e uretra?						
07. Tem ou já teve problemas neurológicos (derrame, paralisia, doenças de coluna, tumores etc.)?						
08. Tem ou já teve problemas de ouvido, nariz ou garganta?						
09. Tem ou já teve problemas de pulmão e traqueia (asma, bronquite, pneumonia etc.)?						
10. Tem ou já teve problemas ortopédicos (artrose, dores na coluna, hérnia de disco etc.)?						
11. Tem ou já teve problemas ginecológicos e mamários (nódulos ou tumores de mama)?						
12. Tem ou já teve outros tipos de tumores ou cânceres (inclusive de pele, leucemia, etc.)?						
13. Já engravidou? Se já, especifique quantas vezes e o tipo de parto.						
14. Encontra-se no período de gestação (gravidez)?						
15. Tem ou já teve problemas urinários ou de próstata?						
16. Tem algum problema congênito ou hereditário?						
17. Tem ou já teve alguma doença infecto-contagiosa (hepatite, AIDS etc.)?						
18. Tem ou já teve problemas oftalmológicos (catarratas, glaucoma, miopia etc.)?						
19. Sofreu algum tipo de acidente ou violência? (Se sim, especificar a seguir)						
20. Faz uso regular de bebida ou alguma droga? (Se sim especificar a seguir)						
21. Teve aumento ou diminuição significativa de peso nos últimos 12 meses?						
22. Está atualmente afastado de suas atividades normais de trabalho?						
23. Sofreu ou sofre de doenças mentais?						
24. Já teve proposta de seguro de vida ou acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora?						
25. Tem ou já teve algum distúrbio relacionado à boca (feridas, sangramento)?						
26. Faz uso regular de algum medicamento? (Se sim, especificar a seguir)						
27. Faz uso de cigarro ou já foi fumante? (Se sim, especificar a seguir por quanto tempo)						
28. Pratica algum esporte radical? (Surf, MotoCross, alpinismo, paraquedismo etc.)						
29. É ou foi portador de alguma doença ou lesão produzida pelo trabalho (doença ocupacional, acidente de trabalho)						
30. Tem ou já teve algum problema de sono?						
31. Tem ou já teve algum distúrbio alimentar ou intestino preso? (Se sim, especificar a seguir)						
32. Tem alguma deficiência de órgãos membros ou sentidos (por exemplo: visão, audição), ou físicos em membros ou órgãos?						
33. É sedentário? (Se Não, especificar a seguir quantas vezes por semana pratica atividade física)						
34. Tem dificuldade para dormir? (Se sim, especificar a seguir)						
35. Considera-se uma pessoa estressada? (Se sim, especificar a seguir)						
36. Costuma comer gorduras, doces ou frituras diariamente?						
37. Informar seu peso						
38. Informar sua altura						

Se qualquer das respostas acima for "SIM", esclareça abaixo indicando o(s) item (s) e o (s) proponente(s)
