

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO (para as alíneas b) e c) do nº 1 do art. 19º dos estatutos)

DECLARAÇÕES QUE VICIEM A APRECIÇÃO DO PRESENTE QUESTIONÁRIO CLÍNICO, POR OMISSÃO, RETICENTES OU INEXACTOS, ANULARÃO PARA TODOS OS EFEITOS A CANDIDATURA APRESENTADA PELO SÓCIO

NOME					
ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES:					
GRAU DE PARENTESCO / DOENÇAS/ CAUSA DE MORTE					
NÚMERO DE FILHOS / IDADES / DOENÇAS					
DADOS E ANTECEDENTES PESSOAIS:					
ALTURA.		PESO		VARIAÇÕES DE PESO/CAUSAS	
TENSÃO ARTERIAL		FUMADOR S/N		NÚMERO CIGARROS/DIA	CONSUMO↑/↓
BEBIDAS ALCOÓLICAS / QUANTIDADE REGULARIDADE.					
EXERCÍCIO FÍSICO S/N		QUAL (AIS)		REGULARIDADE	
MEDICAMENTOS S/N		QUAL (AIS)		REGULARIDADE	
DEFICIÊNCIAS S/N		QUAL (AIS)			
INTERNAMENTO S/N		CAUSAS			
TRATAMENTOS REALIZADOS					
EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS / CAUSAS					
HISTÓRIA ACTUAL (DOENÇA / MEDICAÇÃO)					
FORO	DOENÇA / MEDICAÇÃO		FORO	DOENÇA / MEDICAÇÃO	
PULMONAR			NERVOSO		
CARDIOVASCULAR			PSIQUIÁTRICO		
INFECTOCONTAGIOSA			DERMATOLÓGICO		
ENDÓCRINO			OFTALMOLÓGICO		
GASTROENTEROLÓGICO			OTORRINOLÓGICO		
UROLÓGICO			OUTROS		
CONSIDERA-SE SAUDÁVEL? S/N.			OBSERVAÇÕES.		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ____/____/____ </div> <div style="text-align: right;"> (Assinatura do candidato a sócio) </div> </div>					
RESERVADO AOS SERVIÇOS DO COFRE (PARECER CLÍNICO):					