



**Identificação do Médico Examinador**

Nome			
Morada			
Código Postal	-	Localidade	
Cédula Profissional Nº			

**Realização do Exame**

Local		Hora		Ano		Mês		Dia	
-------	--	------	--	-----	--	-----	--	-----	--

**Identificação do Candidato**

Nome					
Morada					
Código Postal	-	Localidade			
Data de Nascimento	Ano	Mês	Dia	Estado Civil	
Naturalidade		Nacionalidade			
Profissão Actual		Profissão Anterior			
Documento de Identificação	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> Passaporte	<input type="checkbox"/> Outro	Nº	

Caro Colega,

Solicitamos a sua atenção para os seguintes quesitos:

- 1 - Comprove sempre a identidade do candidato pelo B.I., Passaporte ou Carta de Condução.
- 2 - No caso de patologias anteriores, indique o respectivo início, duração, evolução e data da cura. Se houve recidivas, detalhe igualmente.
- 3 - Se houve traumatismo grave ou operação indique a data, tão exacta quanto possível, causa, natureza, sequelas e o nome e morada do médico que tratou o candidato.
- 4 - São de muita importância os dados biométricos bem como o número de pulsações e a tensão arterial. Agradecemos que as confirme sempre.
- 5 - Anote as suas conclusões de forma clara e precisa. Isso permitir-nos-á apreciar o risco com brevidade e evitar-nos-á desnecessários pedidos de esclarecimento.
- 6 - As suas conclusões são de âmbito específico e constituirão um dos elementos de análise e apreciação do risco que nos é proposto. Este pode ser condicionado por outros factores. Quaisquer comentários ao candidato sobre os resultados deste exame deverão ser evitados pois poderão induzir expectativas quanto à decisão final da Seguradora, que poderá não ser coincidente.
- 7 - A sua informação é estritamente confidencial. Envie o seu relatório, em envelope fechado.

Com os Melhores Cumprimentos

O Médico Consultor da Direcção de Vida

Todas as respostas devem ser preenchidas pelo Médico Examinador

**Estado de Saúde Actual**

Goza de boa saúde?  Não  Sim Porquê?

Tem tido baixas frequentes por doença?  Não  Sim Porquê?

Indique o seu Peso actual Kg Altura , Mts.

Indique os valores actuais da sua Tensão Arterial-Máxima Mínima

**Antecedentes Pessoais**

Assinale com X se o candidato sofre ou sofreu de qualquer das seguintes perturbações ou doenças:

	Não	Sim		Não	Sim
Cardiovasculares (ex.: arteriosclerose, coronariopatias, insuf. cardíaca, arritmia, hipertensão - indique valores anteriores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores benignos ou malignos (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangue (ex.: anemia, leucemia, linfoma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratórias (ex.: pleuresia, asma, bronquite, DPCO, enfisema, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endócrinas e Metabólicas (ex.: diabetes, bócio, hiperlipidémia, hiperuricémia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciosas (ex.: tuberculose, hidatidose, SIDA, doenças venéreas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinais (ex.: úlcera péptica, dispepsia, colites, diarreia, hérnia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculoesqueléticas (ex.: curvaturas da coluna, espondilartrose, reumatismo, artrite, gota, hérnia discal, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fígado, Pâncreas e Vias Biliares (ex.: hepatite, cirrose, litíase, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olhos, ouvidos, faringe (ex.: colesteatoma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinárias e da Próstata (ex.: nefrite, insuf. renal, albuminúria, hematuria, litíase, infecções, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pele (ex.: eczema, leucoplasia, lupus, alergias, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológicas e Mentais (ex.: epilepsia, AVC, paralisias, neuroses, psicoses, tentativas de suicídio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiência física? Doenças profissionais? (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenções cirúrgicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outras aqui não especificadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso tenha assinalado alguma, indique:

Órgão ou Sistema	Duração	Data Início	Ano Cura	Tratamento	Estado actual

História Ginecológica e Obstétrica

Especificar doenças do útero, anexos ou da mama, abortos, gravidez ectópica, cesarianas ou outras. Se está grávida, deve especificar o tempo de gestação e qualquer anomalia da mesma \_\_\_\_\_

**Hábitos**

Tabágicos - n.º cigarros/dia Há quantos anos

Alcoólicos - Tipo de bebida gr./álcool/dia

Drogas - Tipo e quantidade Datas

Desportos que pratica habitualmente

**Exames Complementares de Diagnóstico**

	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim
Análises Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiografias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Electrocardiogramas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análise Urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ressonância Magnética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiogramas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoscopias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biopsias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teste SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quais, porquê e resultados \_\_\_\_\_

**Terapêuticas**

Já tomou medicamentos para coração, hipertensão, anticoagulantes, insulina, antidepressivos, tranquilizantes, corticóides ou outros?  Não  Sim

Se sim, quais,

Já foi submetido a: Desintoxicação  Não  Sim Quimioterapia  Não  Sim Radioterapia  Não  Sim

**Antecedentes Familiares**

Verificaram-se nos seus pais e irmãos casos de:

	Parentesco	Com que idade se manifestou		Parentesco	Com que idade se manifestou
Doenças Cardiovasculares			Psicose		
Diabetes mellitus			Suicídio		
Epilepsia			Tuberculose		
Hipertensão			Cancro		

**Exame Objectivo****ASPECTO GERAL** - (saúde e constituição)

Peso                      Altura                      Perímetro torácico: Máx.                      Min.                      Perímetro Abdominal

Pele e tegumentos (refira pigmentações, tumores ou cicatrizes)

Estado dos órgãos dos sentidos    - Visão    Se miopia, indique dioptrias    |    |    |    |    |    |

- Audição

**APARELHO RESPIRATÓRIO** - Número de respirações por minuto

Inspeção torácica    Percussão

Auscultação

**APARELHO CIRCULATÓRIO** - Pulso (amplitude, ritmo e frequência)

Pressão arterial - Máx.    Min.

Coração                      Situação da ponta

Há alterações dos sons cardíacos ou ruídos anormais?

Edemas

Varizes

**APARELHOS DIGESTIVO** - Boca (língua, laringe)

Abdómen                      Inspeção (Hérnias, cicatrizes, rede venosa colateral, etc.)

Palpação (Massas tumorais, pontos dolorosos, baço, fígado, etc.)

**APARELHO OSTEOARTICULAR** - Membros (Alterações articulares)

Coluna vertebral (Desvios)

Outras alterações ósseas ou musculares

**SISTEMA NERVOSO** - (Reflexos pupilares, abdominais e patelares)

Sinais de paresia ou paralisia

Perturbações da marcha

Outros dados anormais

**APARELHO GENITO-URINÁRIO** - (não esquecer próstata)**ÚTERO E ANEXOS**

Sinais de gravidez                      De quantos meses?                      Mama

**EXAMES COMPLEMENTARES (URINA)**

Glucose    Albumina    Densidade

Conhece o candidato que acaba de examinar?                      Se o tratou, de que doença?

Especifique diagnósticos, terapêutica efectuada (com doses), estado actual e prognóstico

**Entidade Requiritante**

Agência/Balcão

Nome do Empregado

Telefone

**Identificação do Candidato**

Nome

BI n.º

Emitido em

Ano

Mês

Dia

Arquivo de

Marcação dos Exames para o dia

Mês

Dia

Hora

Na Clínica

**Em caso de manifesta impossibilidade de realização dos exames na data agendada, solicita-se o contacto com a UNIMED, com vista à marcação de uma nova data.**
**Exames a efectuar de acordo com a Grelha de Selecção Médica**

(Assinalar com um X)

<input type="checkbox"/> <b>A</b>	Exame médico ECG Simples Urina II (última da noite e primeira da manhã)
<input type="checkbox"/> <b>B</b> (deve ir em jejum)	Exame médico ECG c/ Prova de esforço em tapete rolante segundo Protocolo de Bruce Urina II (última da noite e primeira da manhã) Análises de Sangue: Hemograma, Glicémia, Creatinina, Transaminases, Gamma GT, Colesterol Total, Colesterol HDL, Triglicéridos, Fosfatase Alcalina, HIV I e II, HBs Ag, HCv Ac Se o HBs Ag der resultado positivo, efectuar HBc Ag

**MUITO IMPORTANTE:**

Para determinação da alínea da Grelha de Selecção Médica deve considerar-se a soma dos capitais de todos os Seguros de Vida Risco que o Candidato tenha em vigor na Companhia. Aos candidatos do sexo masculino com idade igual ou superior a 50 anos será efectuado o teste de PSA.

Requisição efectuada em

(Pela Entidade Requiritante)

Exames realizados em

(Assinatura do Candidato)

**Morada para envio da Credencial e Dossiers Clínicos:**

S.M.N. - Serviços Médicos Nocturnos, SA - Campo Grande, 4 - 9.º E - 1700-092 LISBOA

**DECLARAÇÃO A ENTREGAR NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA** (Apenas Rede CGD)

Declaro que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ concluiu a realização de **todos os exames médicos** constantes na grelha acima, de acordo com a idade e capital respectivos, referentes ao Seguro de Vida Fidelidade Mundial no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Se a Companhia nada comunicar nos 15 dias posteriores à data acima referida, o seguro é considerado aceite.

A Clínica

### Parecer do Médico Examinador

Quais, em sua opinião, são as patologias mais importantes do(a) Candidato(a) (se as houver), que possam interferir quer na sua longevidade quer na limitação futura para o desempenho das suas actividades profissionais e(ou) pessoais. Especifique-as por ordem de gravidade.

Local e Data

Assinatura do Médico

### Declaração

Declaro que respondi com verdade e completamente a todas as perguntas, consciente que quaisquer declarações incompletas, inexactas ou omissas, que possam induzir a Seguradora em erro, tornam este contrato nulo e de nenhum efeito, qualquer que seja a data em que a Seguradora delas tome conhecimento.

Declaro igualmente que tomei conhecimento que está excluída qualquer incapacidade física pré-existente.

Declaro ainda que autorizo o médico designado pela Seguradora a inquirir junto de qualquer médico ou entidade que me tenha tratado ou examinado, pedindo todos os detalhes que julgar necessários acerca do meu estado de saúde para análise do seguro proposto ou de eventual sinistro.

Assim, e por virtude desta minha permissão, autorizo, desde já, qualquer médico ou entidade que me tenha assistido a prestar ao médico designado pela Seguradora as informações requeridas, mesmo depois da minha morte.

Assinatura do(a) Candidato(a)

### Reservado aos Serviços da Companhia

#### Elementos Complementares

#### Tarifação

Tarifa Normal

Com Agravamentos \_\_\_\_\_ %

Com Condições Indique quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_