



QUESTIONÁRIO PARA SEGURO SAÚDE INDIVIDUAL

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para o e-mail de contato.

Data de preenchimento (dd/mm/aa):		Horário de preenchimento (hh:mm):		h.:	min.
INFORMAÇÕES PESSOAIS					
Já possui plano ou seguro saúde:	☐ Sim ☐ Não Qual ?		☐ Titular ☐ Dependente ☐ Agregado		
Nome completo:					
Data de nascimento:		Sexo:	☐ Feminino ☐ Masculino		
Telefone residencial:		Celular:			
Email:					

INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE	
1) Faz uso de bebida alcoólica (cervejas, destilados, outros)? ☐ Sim ☐ Não Se bebe, com que frequência? ☐ Reuniões sociais ☐ Finais de semana ☐ Diariamente	
2) Fuma? ☐ Sim ☐ Não Se fumante, tem vontade de parar de fumar? ☐ Sim ☐ Não	
3) Pratica alguma atividade física (Exceto às atividades relacionadas à rotina diária de trabalho)? ☐ Sim ☐ Não Se você pratica atividade física, com que frequência? ☐ Menos de 3 vezes por semana ☐ Finais de semana ☐ 3 ou mais vezes por semana	
4) Tem pressão alta? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei Faz controle de pressão? ☐ Sim ☐ Não Usa medicação para controle? ☐ Sim ☐ Não	
5) Já sofreu de algum problema no coração como infarto, angina ou doença das coronárias? ☐ Sim ☐ Não	
6) Sua taxa de colesterol e/ou triglicérides é alta? ☐ Sim ☐ Não ☐ No limite ☐ Não sei	
7) É diabético? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	
8) Você tem/teve alguma destas doenças, diagnosticada por um médico? Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite): ☐ Sim ☐ Não Depressão: ☐ Sim ☐ Não Câncer: ☐ Sim ☐ Não	
9) Está satisfeito com sua saúde? ☐ Sim ☐ Não	
10) Está satisfeito com sua qualidade de vida? ☐ Sim ☐ Não	

MEDIDAS ESTIMADAS					
Peso informado (Kg):		Altura estimada (m):		IMC (Preenchimento do CPS):	

PLANO DESEJADO			
☐ Enfermaria	☐ Quarto particular	☐ Rede Complementar	☐ Reembolso

OBSERVAÇÕES - Informar a utilização de medicamentos, práticas sociais que representem risco à saúde, esportes radicais ou doenças pré-existentes