



# Associação Policial de Assistência à Saúde

Rua Conde d'Eu, 292 - Vila Boa Vista - Sorocaba/SP - 18030-040 | 15 3331.7092

CNPJ Nº 71.559.272/0001-74 | IE: Isento

Registrado no 1º Registro Civil de Pessoas Jurídicas sob nº 46.172  
Sociedade Civil sem fins lucrativos | Fundada em 14 de Março de 1994

ANS - Nº 41012-8

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE / ENTREVISTA QUALIFICADA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO:** Responder **SIM** ou **NÃO** nas questões abaixo:

- |  | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> |
|--|------------|------------|
| 1) Come bem? .....                                   | ( )        | ( )        |
| 2) Ouve bem com o ouvido direito?.....               | ( )        | ( )        |
| 3) Ouve bem com o ouvido esquerdo? .....             | ( )        | ( )        |
| 4) Evacua bem?.....                                  | ( )        | ( )        |
| 5) Urina bem? .....                                  | ( )        | ( )        |
| 6) Tem bom apetite? .....                            | ( )        | ( )        |
| 7) Dorme bem?.....                                   | ( )        | ( )        |
| 8) Enxerga bem com o olho direito? .....             | ( )        | ( )        |
| 9) Enxerga bem com o olho esquerdo?.....             | ( )        | ( )        |
| 10) Tem engasgo com frequência? .....                | ( )        | ( )        |
| 11) Algum alimento lhe faz mal? .....                | ( )        | ( )        |
| 12) Tem dor de estômago com frequência? .....        | ( )        | ( )        |
| 13) Tem diarreia com frequência? .....               | ( )        | ( )        |
| 14) Sente náuseas, vômitos, azia com frequência? ( ) | ( )        | ( )        |
| 15) Sente fraquezas? .....                           | ( )        | ( )        |
| 16) Tem prisão de ventre?.....                       | ( )        | ( )        |
| 17) Tem sangue, catarro ou vermes nas fezes? .....   | ( )        | ( )        |
| 18) Tem incontinência urinária?.....                 | ( )        | ( )        |
| 19) Tem dor de cabeça frequente? .....               | ( )        | ( )        |
| 20) Tem dor de garganta? .....                       | ( )        | ( )        |
| 21) Tem resfriados constantes? .....                 | ( )        | ( )        |
| 22) Tem ou já teve bronquite? .....                  | ( )        | ( )        |
| 23) Tem escarro com sangue?.....                     | ( )        | ( )        |
| 24) Tem sinusite?.....                               | ( )        | ( )        |
| 25) Tem falta de ar?.....                            | ( )        | ( )        |
| 26) Tem chiado no peito?.....                        | ( )        | ( )        |
| 27) Tem batadeira ou peso no peito? .....            | ( )        | ( )        |
| 28) Tem inchaço nas pernas? .....                    | ( )        | ( )        |
| 29) Tem cansaço fácil? .....                         | ( )        | ( )        |
| 30) Tem região amortecida no corpo? .....            | ( )        | ( )        |

- |   | SIM        | NÃO        |
|---|------------|------------|
| 31) Tem pressão alta? .....                           | ( )        | ( )        |
| 32) Tem doença nos olhos? .....                       | ( )        | ( )        |
| 33) Usa óculos ou lentes de contato? .....            | ( )        | ( )        |
| 34) Tem catarata, glaucoma? .....                     | ( )        | ( )        |
| 35) Precisa pingar colírio frequente nos olhos? ..... | ( )        | ( )        |
| 36) Tem hemorroidas? .....                            | ( )        | ( )        |
| 37) Tem varicocele? .....                             | ( )        | ( )        |
| 38) Tem algum tipo de hérnia? .....                   | ( )        | ( )        |
| 39) Tem doenças de pele? .....                        | ( )        | ( )        |
| 40) Tem desmaios? .....                               | ( )        | ( )        |
| 41) Tem tonturas? .....                               | ( )        | ( )        |
| 42) Tem problemas mentais? .....                      | ( )        | ( )        |
| 43) Tem perda de sentido? .....                       | ( )        | ( )        |
| 44) Tem perda de memória? .....                       | ( )        | ( )        |
| 45) Tem crise nervosa? .....                          | ( )        | ( )        |
| 46) Tem defeito físico? .....                         | ( )        | ( )        |
| 47) Tem dores articulares, coluna? .....              | ( )        | ( )        |
| 48) Costuma ter febre? .....                          | ( )        | ( )        |
| 49) Já esteve internado? .....                        | ( )        | ( )        |
| 50) Já passou por alguma cirurgia? .....              | ( )        | ( )        |
| 51) Toma medicamentos? .....                          | ( )        | ( )        |
| 52) Faz algum tipo de tratamento? .....               | ( )        | ( )        |
| 53) Já ficou de licença por motivo de saúde? .....    | ( )        | ( )        |
| 54) Já fez transfusão de sangue? .....                | ( )        | ( )        |
| 55) Já sofreu acidente de trabalho? .....             | ( )        | ( )        |
| 56) Já teve doenças profissionais? .....              | ( )        | ( )        |
| 57) Já se envolveu em acidente de trânsito? .....     | ( )        | ( )        |
| <b>58) É FUMANTE? .....</b>                           | <b>( )</b> | <b>( )</b> |

**Tem ou teve algumas doenças abaixo?**

- | SIM                            | NÃO | SIM | NÃO                        |     |     |
|--------------------------------|-----|-----|----------------------------|-----|-----|
| 59) Asma .....                 | ( ) | ( ) | 69) Tuberculose .....      | ( ) | ( ) |
| 60) Bronquite .....            | ( ) | ( ) | 70) Cardiopatia .....      | ( ) | ( ) |
| 61) Alergia .....              | ( ) | ( ) | 71) Diabetes .....         | ( ) | ( ) |
| 62) Sinusite .....             | ( ) | ( ) | 72) Câncer .....           | ( ) | ( ) |
| 63) Enxaqueca .....            | ( ) | ( ) | 73) Epilepsia .....        | ( ) | ( ) |
| 64) Amigdalite .....           | ( ) | ( ) | 74) Hepatite .....         | ( ) | ( ) |
| 65) Reumatismo .....           | ( ) | ( ) | 75) Lúpus .....            | ( ) | ( ) |
| 66) Anemia .....               | ( ) | ( ) | 76) Nefrite .....          | ( ) | ( ) |
| 67) Obesidade .....            | ( ) | ( ) | 77) Meningite .....        | ( ) | ( ) |
| 68) Hipertensão Arterial . ( ) | ( ) | ( ) | 78) Infarto cardíaco . ( ) | ( ) | ( ) |

Se você **tem ou já teve uma doença NÃO** relacionada acima, especifique nas linhas abaixo:

---



---



---

**QUESTIONÁRIO SOMENTE PARA MULHERES**

	SIM	NÃO
79) Tem menstruação excessiva? ....	( )	.....( )
80) Tem corrimento?.....	( )	.....( )
81) Tem cólica menstrual? .....	( )	.....( )
82) Está grávida? .....	( )	.....( )
83) Usa método contraceptivo? .....	( )	.....( )
84) Data da última menstruação: _____/_____/_____		
85) Nº de Partos: Normal: _____ .....Cesariana: _____ ..... Normal com forceps: _____		
86) Nº de Filhos: _____ - Nº de Abortos: _____		
87) Faz prevenção de câncer? Não ( ).....Sim/Semestral ( ).....Sim/Anual ( )		

SE RESPONDEU **SIM** NA **QUESTÃO 58 (FUMANTE)**, INFORME QUANTOS CIGARROS FUMA/DIA: \_\_\_\_\_

CASO TENHA RESPONDIDO **SIM** DA PERGUNTA **10** À PERGUNTA **87** DESTE QUESTIONÁRIO (*exceto a 58*), COLOQUE O NÚMERO DA PERGUNTA E ESPECIFIQUE EM SEGUIDA:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**QUAIS AS ESPECIALIDADES MÉDICAS QUE CONSULTOU NOS ÚLTIMOS DOZE MESES?**

SIM	NÃO	SIM	NÃO
88) Ginecologia.....( )	.....( )	93) Oftalmologia.....( )	.....( )
89) Urologia.....( )	.....( )	94) Otorrinolaringologia....( )	.....( )
90) Cardiologia.....( )	.....( )	95) Psicologia.....( )	.....( )
91) Ortopedia.....( )	.....( )	96) Psiquiatria.....( )	.....( )
92) Gastreenterologia.....( )	.....( )	97) Reumatologia.....( )	.....( )
		98) Vascular.....( )	.....( )
99) Outras (especifique): _____			

---

