



Data de Preenchimento: 27/05/15		Horário de Preenchimento: 12:56	
Código do Beneficiário: (Carteira Unimed)		Titularidade: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	
Contratante (Nome da Empresa): ADUFG-SINDICATO			
Nome Completo:			
Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):		Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	
Nome Completo da Mãe:			
CPF (Próprio):		Identidade:	
Endereço Residencial:			
Cidade:		UF:	
Telefone Residencial: (DDD)		Celular: (DDD)	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Outros			
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Primeiro Grau <input type="checkbox"/> Segundo Grau <input type="checkbox"/> Graduação (Superior) <input type="checkbox"/> Pós-Graduação			
Situação da Escolaridade: <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo			

SOBRE SUA SAÚDE

1) Faz uso de bebida alcoólica (cerveja, 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, Eufizema, Bronquite): Sim Não
Depressão: Sim Não
Câncer: Sim Não

9) Apresenta algum problema ortopédico (coluna, mãos, pernas, etc.) Sim Não Não sabe
Costuma-se ausentar-se do trabalho por esse motivo? Sim Não

10) Você dorme bem?
 Sim Não Às Vezes

Questionário Sobre Perfil de Saúde

11) Está satisfeito com sua saúde?

Sim Não

12) Está satisfeito com sua qualidade de vida?

Sim Não

13) Se você tem alguma historia familiar (pai, mãe, avós) destas doenças, selecione qual ou quais:

Pressão Alta Diabetes Colesterol Alto Câncer Alcoolismo

MEDIDAS ESTIMADAS

Peso Informado (KG)	Altura Estimada (m)	IMC (Cálculo Unimed)
---------------------	---------------------	----------------------

APENAS PARA O SEXO FEMININO

14) Já fez alguma vez o exame de colo de útero (exame preventivo, Papanicolau)?

Sim Não Não Sabe

Há quanto tempo você fez o exame de colo de útero?

Menos de 1 ano De 1 a 2 anos Mais de 2 anos Não Lembra

15) Já fez alguma vez mamografia, Raio-X das mamas?

Sim Não Não Sabe

Há quanto tempo você fez mamografia, Raio-X das mamas?

Menos de 1 ano De 1 a 2 anos Mais de 2 anos Não Lembra

APENAS PARA O SEXO MASCULINO

16) Já fez exame de próstata?

Sim Não Não Sabe

Há quanto tempo fez exame de próstata?

Menos de 1 ano De 1 a 2 anos Mais de 2 anos Não Lembra

17) Já fez exame de PSA (antígeno Prostático)?

Sim Não Não Sabe

Há quanto tempo fez exame de PSA (antígeno Prostático)?

Menos de 1 ano De 1 a 2 anos Mais de 2 anos Não Lembra