

**ENTREVISTA QUALIFICADA – Plano Coletivo por Adesão**

[ ] Contrato Novo [ ] Inclusão de dependente

NOME CANDIDATO		CADASTRO
TITULAR RESPONSÁVEL		CADASTRO
Sexo: [ ]M [ ]F	Estado Civil	Data Nasc
Médico	CRM	Data

**1. Questões sobre doenças/lesões incorridas**

Responda com clareza as questões abaixo, marcando SIM ou NÃO e demais informações solicitadas, referentes ao candidato acima (você, seus dependentes legais ou de quem você seja o responsável legal).

- a. Já foi considerado INAPTO (reprovado) em exame médico admissional para ingresso em planos de saúde?  Sim  Não
- b. Tem ou já teve as doenças abaixo:

Item	Doença ou Lesão	Coloque "X"	
		Sim	Não
01	Doença infecto-contagiosa (AIDS, Hepatite, Chagas, Tuberculose, Meningite, outros _____).		
02	Doença respiratória (Enfisema, Asma, Bronquite, Pneumonia, outros)		
03	Problemas Ortopédicos (Esvolto, Cifose, Artrose, Fraturas, Hérnia de Disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros.		
04	Doença Neurológica (Derrame Cerebral ou outros)		
05	Diabetes		
06	Câncer (Tumoração ou Leucemia)		
07	Hérnia de qualquer natureza		
08	Doença Cardíaca, Vascular ou Hipertensão Arterial		
09	Doença do Aparelho Urinário (rins, bexiga, próstata, uretra)		
10	Distúrbio Psiquiátrico ou Psicológico		
11	Doenças ginecológica ( Cisto de ovário, Endometriose, Mioma, Incontinência urinária, Tumor de mama) e outros.		
12	Doença reumatológica (Reumatismo, Artrite, outros)		
13	Seqüela de acidente, moléstia adquirida ou congênita		
14	Úlcera ou outras doenças do Aparelho Digestivo		
15	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica		
16	Tem qualquer deficiência visual (Catarata, Glaucoma, outros ) ou auditiva		
17	Tratamento de quimioterapia ou radioterapia		

**c. Cirurgias realizadas**

Tipo de Cirurgia	Há quanto tempo?

**d. Já foi indicado para fazer algum tratamento clínico ou cirúrgico que não tenha feito?**

<b>Tratamento</b>	<b>Nome do médico que indicou</b>

Pelas informações acima assumo inteira responsabilidade por ser a expressão da verdade e reconheço o direito da APAS - Fernandópolis solicitar, em qualquer época informações adicionais.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou responsável

2. Em função das informações acima e desta entrevista qualificada, declaro que tenho conhecimento ser o candidato envolvido, portador das doenças ou lesões abaixo indicadas, sujeitas a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA por até 24 (vinte e quatro) meses.

<b>Doença ou Lesão</b>	<b>C I D</b>

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico orientador  
CRM \_\_\_\_\_