



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"	
	Tem ou teve	Sim	Não
1	Doença infecto-contagiosa (AIDS, Hepatite, Chagas, Tuberculose, Meningite, outros_____).		
2	Doença respiratória (Enfisema, Asma, Bronquite, Pneumonia, outros)		
3	Problemas Ortopédicos (Escoliose, Cifose, Artrose, Fraturas, Hérnia de Disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros		
4	Doença Neurológica (Derrame Cerebral ou outros)		
5	Diabetes		
6	Câncer (Tumoração ou Leucemia)		
7	Hérnia de qualquer natureza		
8	Doença Cardíaca, Vascular ou Hipertensão Arterial		
9	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)		

Telefone para contato: (17) 3511-1779



Av. Líbero de Almeida Silveiras, 3014 - Coester - CEP 15603-087 - Fernandópolis - SP



Continuação da Entrevista Qualificada.....Fls02.

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?

Tratamento	Nome do médico que indicou

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

Telefone para contato: (17) 3511-1779

Av. Líbero de Almeida Silveiras, 3014 - Coester - CEP 15603-087 - Fernandópolis - SP



APAS
FERNANDÓPOLIS

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

CNPJ: 00.444.803/0001-35

INSCR. EST.: ISENTO

E-mail: apasfernandopolis@gmail.com
www.apasfernandopolis.com



Continuação da Entrevista Qualificada.....Fls03.

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.

Doença ou Lesão	C I D

Assinatura do candidato ou responsável

Assinatura do Médico orientador
CRM _____

Telefone para contato: (17) 3511-1779 

Av. Líbero de Almeida Silveiras, 3014 - Coester - CEP 15603-087 - Fernandópolis - SP