

# PERFIL DE SAÚDE DO BENEFICIÁRIO

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome Completo:		
CPF:	Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:
Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> _____		
Telefones:	( ) _____	( ) _____
E-mail:		
Titularidade: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado		
Nº do Cartão SUS: _____		

## 2. DADOS DE SAÚDE:

<b>Peso (Kg):</b>	<b>Altura (m):</b>
<b>Pratica Atividade Física:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Se sim, com qual frequência?</b> <input type="checkbox"/> 3 ou Mais vezes por semana <input type="checkbox"/> Menos de 3 vezes por semana	
<b>É fumante ou já fumou?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quantos Cigarros/dia? ____ Por quanto tempo? ____ Tem vontade de parar? <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> N	
<b>Faz uso de bebida alcoólica?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se Sim, com qual frequência? <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Finais de semana <input type="checkbox"/> Diariamente	
<b>Faz uso contínuo de algum medicamento?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se Sim, quais? _____	
<b>Tem pressão alta?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <b>Faz uso de medicamento para controle?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? _____	
<b>É diabético?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <b>Faz uso de medicamento para controle?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual? _____	
<b>Tem alguma alteração de colesterol?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI <b>Faz uso de medicamento para controle?</b> SIM NÃO Qual? _____	
<b>Tem um médico que cuida de você?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>Qual/Quais Especialidades?</b> _____	
<b>Tem ou teve alguma destas doenças diagnosticada?</b> <input type="checkbox"/> Doenças Cardíacas; Qual: _____ <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias; Qual: _____ <input type="checkbox"/> Câncer; <input type="checkbox"/> Depressão; <input type="checkbox"/> AVC/Derrame; <input type="checkbox"/> Obesidade.	
<b>Já realizou algum procedimento Cirúrgico?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual ou Quais? _____	
<b>Alguém na sua família (Pais / Avós) tiveram ou tem alguma das doenças mencionadas abaixo?</b> <input type="checkbox"/> Obesidade; <input type="checkbox"/> Câncer; <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias; Quais? _____ <input type="checkbox"/> Doenças Cardíacas; <input type="checkbox"/> Hipertensão; <input type="checkbox"/> Diabetes;	
<b>Como você considera sua alimentação?</b> <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	

## PERFIL DE SAÚDE DO BENEFICIÁRIO

### Como é sua alimentação?

Usa temperos industrializados ou adiciona sal na comida depois de pronta?  SIM  NÃO

Ingere alimentos gordurosos mais que 03 vezes por semana?  SIM  NÃO

Consome doces mais que 03 vezes na semana?  SIM  NÃO

Consome frutas e legumes mais que 03 vezes na semana?  SIM  NÃO

Está satisfeito com sua saúde?  SIM  NÃO

**Assinatura:**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local:**

**Preenchido por:** \_\_\_\_\_

**Grau de parentesco:** \_\_\_\_\_