

Solicitação de Adesão Nº: \_\_\_\_\_

Nome do titular: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente 1 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente 2 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Dependente 3 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Para o preenchimento desta Declaração de saúde, o proponente titular tem a opção de ser orientado por um médico indicado pela operadora, sem ônus financeiro para o proponente, ou um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão inteiramente de sua responsabilidade. Responda às questões abaixo fornecendo as informações solicitadas e assinaladas "S" para as respostas afirmativas e "N" para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

Item	Perguntas	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
1	Arritmias, angina, infarto ou outras doenças cardíacas				
2	Diabetes ou taxas aumentadas de açúcar no sangue				
3	Câncer ou outros tipos de tumores				
4	Faz ou fez tratamento, é ou foi portador de alguma das doenças descritas abaixo?				
5	Hipertensão arterial (pressão alta)				
6	Arritmias, angina, infarto, aneurismas ou outras doenças cardíacas				
7	Asma, bronquite, ou outras doenças pulmonares				
8	Cirrose hepática, hepatite B ou C, cálculos na vesícula ou outras doenças do fígado ou do pâncreas				
9	Úlceras, refluxos, hérnias ou outras doenças do estômago ou dos intestinos				
10	Insuficiência renal, rins policísticos ou outras doenças das vias urinárias, inclusive cálculos				
11	Miomas, cistos nos ovários, displasias ou cistos de mama ou outras doenças ginecológicas				
12	Epilepsia, Parkinson, meningites, hidrocefalia, doença de Alzheimer, esclerose múltipla ou outras doenças neurológicas				
13	Artrose, artrite, hérnias de disco, fraturas ou outras doenças ortopédicas				
14	Anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, alterações da coagulação, imunodeficiências (AIDS) ou outras doenças do sangue				
15	Miopia, catarata, glaucoma, problemas de retina, uveítes ou outras doenças dos olhos				
16	Más-formações congênicas ou hereditárias				
17	Faz acompanhamento médico? Qual a especialidade?				
18	Já necessitou ficar internado para tratamento clínico, cirúrgico ou psiquiátrico?				
19	Tem algum tratamento cirúrgico já indicado ou programado por seu médico assistente?				
20	Faz ou fez tratamento para dependência química (álcool ou drogas) ou doenças psiquiátricas?				
21	Realiza ou já realizou hemodiálise ou diálise peritoneal?				
22	Realiza ou já realizou radioterapia, braquiterapia ou quimioterapia?				
23	Já fez tratamento para algum tipo de câncer?				
24	Está grávida? Se sim, qual o período gestacional?				
25	Sua altura				
26	Seu peso				

Item	Data do evento	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Especificações
	____/____/____					
	____/____/____					
	____/____/____					
	____/____/____					

Declaro para devidos fins, que estou ciente e de acordo com a substituição da ficha de Declaração de Saúde contida na solicitação de adesão nº \_\_\_\_\_ pelo presente documento de Retificação.

Assinatura do Titular ou do responsável legal pelo Titular (menor de idade)

Local e data