

Nº da Proposta: \_\_\_\_\_

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	Está ou já esteve internado? Qual hospital? Por quê?				
2	Está ou já esteve internado em UTI? Por quê?				
3	Já foi operado? Qual cirurgia?				
4	Já teve que tomar transfusão de sangue e/ou derivados? Por quê?				
5	Está ou já fazendo tratamento de câncer? Qual?				
6	Possui lesão ou seqüela decorrente de algum acidente pessoal? Qual?				
7	Possui alguma deficiência de pernas, braços, olhos e ouvidos?				
8	Está ou já esteve incapacitado para o trabalho, durante algum tempo? Quanto e por quê?				
9	Algo o impede de estar em plena atividade física ou intelectual? O quê?				
10	Se do sexo feminino, está grávida ou suspeita de gravidez?				
11	Já foi ou é fumante?				
12	Já fez ou faz uso frequente de drogas (maconha, cocaína, etc) Qual?				
13	Já fez ou faz uso frequente de bebidas alcoólicas?				
14	É ou foi obeso?				
15	Doenças ortopédicas ou articulares (osteoporose, artrite, fraturas, febre reumática, hérnia de disco, etc)				
16	Doenças do aparelho respiratório (alergia respiratória, asma, bronquite, pneumonia de repetição, tuberculose pulmonar)				
17	Sofre ou sofreu de alguma doença da próstata como tumor, aumento, inflamação, infecção ou outras? Especificar:				
18	Hérnia (inguinal, umbilical, incisional, hiato, etc)				
19	Doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, esquistossomose, hepatite, chagas, dengue, meningite, etc)				
20	Doenças dos órgãos genitais masculinos (fimose, prostatismo, etc)				
21	Doenças do sangue (anemia, talassemia, leucemia, leucopenia, etc)				
22	Doenças neurológicas ou cérebro-vascular (derrame cerebral, epilepsia, Parkinson, paralisia cerebral, Alzheimer, etc)				
23	Doenças oftalmológicas (miopia, catarata, retinopatia, estrabismo, etc)				
24	Doenças mentais e do comportamento relacionados ou não ao uso de drogas (depressão, neuroses, esquizofrenia, etc)				
25	Doenças ou malformações do nascimento				
26	Doenças do aparelho cardiovascular (pressão alta, infarto, varizes, angina, insuficiência cardíaca, etc)				
27	Doenças ou complicações do parto				
28	Sua altura				
29	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