

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	Doenças do aparelho cardiocirculatório (hipertensão, angina, infarto, derrame, arritmias cardíacas, sopros, marca-passos, chagas, prolapso entre outras)?				
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, má circulação, entre outras)?				
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos de glândula tireoide, colesterol, ácido úrico, entre outras)?				
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doenças de Crohn, doenças hepáticas, engasgos de repetição, alterações anais, pedra na vesícula, colite, pólipos, entre outras)?				
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, incisional, entre outras)?				
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalia do ureter, bexiga e uretra, pedra nos rins, diálise, entre outras)?				
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia das próstata, fimose, hidrocele, impotência, entre outras)?				
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, anemia falciforme, talassemia, entre outras)?				
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfisema, pneumonias de repetição, entre outras)?				
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, adenoide, colesteatoma, desvio do septo nasal, sinusite, amigdalite de repetição, otite, entre outras)?				
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?				
12	Doenças ou má-formações congênitas ou hereditárias, entre outras?				
13	Doenças imunológicas (aids ou ser portador do vírus HIV, entre outras)?				
14	Doenças ou tumores benignos ou malignos (câncer)?				
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, lúpus, entre outras)?				
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, mal de Parkinson, esclerose múltipla, doenças de Alzheimer, desmaios, entre outras)?				
17	Transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, retardo mental, ansiedade, nervosismo, entre outras)?				
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?				
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos de perineo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?				
20	Doenças da pele (psoríades, dermatite, alergias, pintas escuras, marcas de nascença, queloides, queimaduras, entre outras)?				
21	Doenças infectocontagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?				
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, placas, parafusos, desvio na coluna, tendinite, bursite, osteoporose, amputação, entre outras)?				
23	Sobrepeso, obesidade?				
24	Doenças ou lesão não mencionada acima?				
25	Alguma internação realizada ou indicada, cirurgia prévia, parto normal ou cesariana? Realizou algum transplante ou biópsia, tem seqüela de algum acidente?				
26	Sua altura				
27	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