

Solicitação de Adesão Nº: _____

Nome do titular: _____ CPF: _____

Dependente 1 _____ CPF: _____

Dependente 2 _____ 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
1	Alguma internação anterior?			
2	Alguma cirurgia anterior?			
3	Está em tratamento regular de alguma doença? Qual?			
4	Doenças do aparelho Cardio-vascular: pressão alta, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, infarto, angina, derrame, entre outras?			
5	Doenças pulmonares: asma, bronquite, enfisema, pneumonias de repetição, entre outras?			
6	Doenças do aparelho digestivo: gastrite, úlcera, colite, doenças hepáticas, diverticulite, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, doenças de Crohn, engasgos de repetição, alterações anais, pedra na vesícula, entre outras?			
7	Doenças infecto-contagiosa: Hepatites A,B,C e/ou E, tuberculose, Chagas, entre outras?			
8	Doenças imunológicas: AIDS, HIV e suas complicações, entre outras?			
9	Doenças reumáticas: artrites, febre reumática, lúpus, esclerose múltiplas, esclerodermia, entre outras?			
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta: otite, surdez, rinite, desvio de septo, adenóide, colesteatoma, sinusite, amigdalite de repetição, entre outras?			
11	Doenças nos olhos: catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, ceratocome, hipermetropia, retinopatias, entre outras?			
12	Doenças ou más formações congênitas ou hereditárias, "Síndrome de Down", entre outras?			
13	Doenças ortopédicas: artrose, hérnia de disco, fraturas, desvio da coluna, tendinite, bursite, osteoporose, amputação, entre outras?			
14	Doenças renais ou da bexiga: insuficiência renal, rins policísticos, pedra nos rins, diálise, anomalia do ureter, bexiga, entre outras			
15	Doenças de sangue: anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, anemia falciforme, talassemia, entre outras?			
16	Doenças de pele: dermatite, pintas escuras, marcas de nascença, quelóides, psoríase, queimaduras, entre outras?			
17	Complicações decorrentes do parto: cistocele, retocele, incontinência urinária, entre outras?			
18	Hérnias: umbilical, escrotal, incisional, hiato, entre outras?			
19	Sobrepeso, obesidade, obesidade mórbida?			
20	Doenças ginecológicas ou das mamas: Mioma, cisto de ovários, hemorragias, transtornos no períneo, nódulos, cistos de mama, mamas gigantes, entre outras?			
21	Genitais masculinos: fimose, próstata, testículo retrátil, doença de Peroney, hidrocele, impotência, entre outras?			
22	Doenças endócrinas ou metabólicas: diabetes, tireóide, hipófise, colesterol, ácido úrico, entre outras?			
23	Doenças neurológicas: acidente vascular cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, epilepsia, derrame, paralisia cerebral, desmaios, entre outras?			
24	Transtornos psiquiátricos: depressão, esquizofrenia, psicose, neurose, retardo mental, entre outras?			
25	Transtornos de comportamento por uso de drogas: álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras?			
26	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar			
27	Realiza ou realizou tratamento para câncer?			
28	Doenças das veias e arteriais: varizes, aneurisma, trombose, hemorragias, má circulação, entre outras?			
29	Possui marca-passo ou outra prótese interna: pinos, placas, parafusos, etc?			
30	Possui alguma doença ou está em tratamento buco maxilo facial ou faz uso de aparelho ortodôntico? (Ex.: ATM - disfunção da articulação; prognatismo; micrognatismo; disfunção mastigatória; dente incluso; cisco dentigero).			
31	Alguma outra doença não mencionada acima?			
32	Sua altura			
33	Seu peso			

Item	Data do evento	Titular	Dep.1	Dep.2	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