

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	Tem ou teve doenças infecto-contagiosas? Ex.: AIDS, hepatite, tuberculose, meningite ou outras.				
2	Tem ou teve doenças neurológicas? Ex.: derrame (A.V.C), epilepsia, hidrocefalia, aneurisma, mal de Alzheimer ou outras.				
3	Tem ou teve doenças do aparelho respiratório? Ex.: asma, enfisema, pneumonia ou outras.				
4	Tem ou teve doenças hematológicas (sangue)? Ex.: leucemia, anemia falciforme ou outras.				
5	Tem ou teve doenças ortopédicas ou do aparelho locomotor? Ex.: hérnia de disco, joelhos, halux valgo (joanete), osteomielite, escoliose ou outras.				
6	Tem ou teve doenças circulatórias? Ex.: varizes, trombose venosa ou arterial, aneurisma ou outras.				
7	Tem ou teve doenças cardíacas ou vasculares? Ex.: valvulopatia, doença de Chagas, coronariopatia, pressão alta ou outras.				
8	Tem indicação de: angioplastia ou cineangiogramografia ou outros procedimentos cardíacos?				
9	Tem ou teve doença renal? Ex.: cálculo, hidronefrose, insuficiência renal ou outras.				
10	Faz ou fez uso de tratamento por hemodiálise ou diálise peritoneal?				
11	É portador de doença com possibilidade de transplante renal?				
12	Tem ou teve doença urinária ou prostática? Ex.: infecção urinária crônica, incontinência urinária, alteração da próstata ou outras.				
13	Tem ou teve doença psiquiátrica? Ex.: depressão, esquizofrenia, pânico, neuroses, retardo mental, entre outros. Já esteve internado por doença mental?				
14	Tem ou teve doença ginecológica? Ex.: mioma ou fibroma uterino, cistos de ovário ou mama, endometriose ou outras.				
15	Tem ou teve doença reumática? Ex.: febre reumática, artrite, reumatóide, lupus ou outras.				
16	Tem ou teve doença endocrinológica? Ex.: diabete, hiper ou hipotireodismo, obesidade ou outras.				
17	Tem ou teve doença do aparelho digestivo? Ex.: gastrite, úlcera, cálculo de vesícula ou outras.				
18	Teve hemorragia (ou sangramento) digestivo?				
19	Tem ou teve doença neoplástica? (tumores ou câncer)				
20	Faz (fez) uso de quimioterapia?				
21	Faz (fez) uso de radioterapia?				
22	Tem ou teve doenças ou malformações congênitas? S.DOWN, cardiopatias, hipostadia e/ou outras.				
23	Sua altura				
24	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

ANS nº 41.528-6

ANS nº 35.451-1