

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Esta declaração é parte integrante do Contrato que ora se assina, válido para todos os beneficiários do presente contrato.

Estou ciente da minha obrigação de informar nesta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou doenças pré-existentes, sob pena de imputação de fraude.

NOME DO BENEFICIÁRIO:	CPF:
-----------------------	------

Item	Responda as questões abaixo assinalando com (S) as respostas afirmativas e (N) as negativas	Titular	Dependentes							
			1	2	3	4	5	6	7	8
01	Sofre(u) de alguma doença infecto-contagiosa (AIDS, hepatite, chagas, tuberculose, meningite, outros)? Especifique.									
02	Sofre(u) de doença respiratória (enfisema, asma, bronquite, pneumonia, outros)? Especifique.									
03	Sofre(u) de problemas ortopédicos (escoliose, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique									
04	Sofre (u) de doença neurológica (derrame cerebral ou outros)? Especifique.									
05	Sofre(u) de diabetes?									
06	Sofre(u) de câncer (tumoração ou leucemia)? Especifique.									
07	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.									
08	Sofre(u) de doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial? Especifique.									
09	Sofre(u) de alguma doença do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra)?									
10	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico, psicológico ou retardo físico/mental? Especifique.									
11	Sofre(u) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama)? Especifique.									
12	Sofre(u) de alguma doença reumatológica (reumatismo, artrite, outros)? Especifique.									
13	Sofre(u) de seqüela de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.									
14	Sofre(u) de úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo (fígado, vesícula biliar, intestinos, etc.)? Especifique.									
15	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica? Especifique.									
16	Tem qualquer deficiência visual (catarata, glaucoma, miopia, outros) ou auditiva? Especifique.									

17	Faz (fez) uso de tratamento diferenciado: quimioterapia, corticoideterapia, radioterapia, fisioterapia, insulino-terapia ou hemodiálise?													
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**02. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

18	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.													
19	É fumante?													
20	Faz (fez) uso de marca-passo ou prótese cardíaca/ortopédica?													
21	Sofre(u) de alcoolismo?													
22	É portador de abdômen em pêndulo, mama gigante e/ou alguma deformidade física? Especifique.													
23	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima? Especifique.													

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, proponente, motivo e data do evento

Item	Proponente	Data do Evento	Especificações

Declaro para os devidos fins e feitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente feitas, estando ciente que nos termos da Lei Nº 9656/98 a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das carências/agravos poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando na minha responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, e finalidade prevista na Lei.

\_\_\_\_\_  
Assinatura