

**DADOS DO TITULAR / DEPENDENTE**

NOME		RG / ÓRGÃO EMISSOR
CPF	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE

**A DECLARAÇÃO DE SAÚDE DEVE SER PREENCHIDA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR / DEPENDENTE**

**Favor marcar com um "X" as informações abaixo descritas:**

**Apresenta ou já apresentou:**

01	Hipertensão. Há quanto tempo? R:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
02	Diabete. Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Faz uso de insulina <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
03	Câncer. Qual? R:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
04	Doença Cardíaca. Qual? R:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
05	Obesidade    Peso:                      Altura                      IMC:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
06	Asma	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
07	Enfisema Pulmonar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
08	Artrose / Artrite	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
09	Osteoporose (Osteopenia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10	Osteomielite (Infecção nos ossos)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	Hérnia de Disco Vertebral	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12	Doença Reumática (Afeta articulações)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13	Doença Neurológica (Acidente Vascular Cerebral) Outro:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
14	Depressão	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
15	Distúrbio de Comportamento (Psiquiátrico)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
16	Cálculo Renal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
17	Doença Gástrica. Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
18	Doença Intestinal. Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
19	Fez ou faz uso habitual de algum medicamento? Especifique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
20	Esteve ou está em tratamento e/ou controle através de exames laboratoriais? Especificar:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
21	Possui deficiência psicomotora de órgãos, membros e/ou sentidos de nascença ou adquirida? Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
22	Sofreu algum acidente que tenha deixado qualquer tipo de seqüela? Especifique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

