

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

23	Sofre ou sofreu nos últimos três anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a hospitalizar-se para tratamento clínico ou cirúrgico? Especifique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
24	Está grávida ou tem suspeita de gravidez no momento (se mulher em idade fértil)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
25	Pretende realizar alguma cirurgia nos próximos seis meses? Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
26	Faz uso de algum tratamento? <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Escleroterapia <input type="checkbox"/> Outros. Qual?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

HÁ ALGO A DECLARAR A RESPEITO DE SUA SAÚDE QUE LHE INCOMODE COM SINTOMAS, QUE NÃO TENHA SIDO MENCIONADO NAS QUESTÕES ANTERIORES? ESPECIFIQUE:

ESCLARECIMENTOS:

DECLARO QUE AO PREENCHER O PRESENTE QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO AO PLANO, TIVE ACESSO AO MÉDICO DA APUB SAÚDE PARA OS DEVIDOS ESCLARECIMENTOS, BEM COMO PREENCHI DE PRÓPRIO PUNHO, A DECLARAÇÃO DE SAÚDE E QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, SENDO QUALQUER OMISSÃO DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO DECLARANTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

PARECER MÉDICO

CPT – Cobertura Parcial Temporária SIM NÃO
(Período de Carência - 24 meses, conforme regulamento.)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura / Carimbo

ANS – nº 34312-9