INSTRUÇÕES:

Esta declaração deve ser anexada ao **Pedido de Inscrição** e é imprescindível para a efetivação da inclusão de novo beneficiário no **PROSAÚDE II.**

Este formulário é **individual** e deverá ser preenchido **manualmente** pelo proponente **titular** para cada beneficiário (titular e dependentes) relacionados no **Pedido de Inscrição.**

O **proponente** titular e seus dependentes concordam em submeter-se ao exame pré-admissional no caso de solicitação pela Fundação Copel e realizado por profissional médico por esta indicado.

Leia e preencha com atenção, assinalando "sim" ou "não" todos os campos da declaração, complementando as respostas afirmativas.

NOME

REGISTRO
/ -

SEXO
☐ Masculino ☐ Feminino

DATA NASCIMENTO
/ /

PARA SER PREENCHIDO MANUALMENTE PELO TITULAR

1) Nasceu com algum problema de saúde?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
2) Sente algum sintoma que possa indicar algum problema de saúde?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
3) Tem conhecimento se é portador de alguma doença?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
4) É diabético?	☐ Sim ☐ Não	Tipo:
5) Faz uso regular de algum medicamento?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
6) Já esteve internado?	☐ Sim ☐ Não	Motivo:
7) Fez algum tipo de cirurgia?	☐ Sim ☐ Não	Qual? Quando?
8) Tem algum problema oftalmológico?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
9) Tem problemas renais? (Doença dos Rins)	☐ Sim ☐ Não	Qual?
10) Fez algum tratamento médico prolongado?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
11) Já foi submetido ou submete-se a Quimioterapia ou Radioterapia?	☐ Sim ☐ Não	Por quê?
12) Sofreu algum tipo de acidente?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
13) Tem algum problema Psíquico (depressão, ansiedade, etc)?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
14) Pratica alguma atividade esportiva?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
15) É fumante?	☐ Sim ☐ Não	Quantidade de cigarros/dia:
16) Faz uso regular de bebidas alcoólicas?	☐ Sim ☐ Não	Quantidade/dia:
17) É portador do vírus da Aids?	☐ Sim ☐ Não	
18) É doador de sangue?	☐ Sim ☐ Não	Tipo Sanguíneo: Fator RH:
19) Tem alguém na família com alguma doença grave ou crônica?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
20) Usa algum tipo de Próteses (fios, platina, prótese cardíaca, etc.)?	☐ Sim ☐ Não	Quais?
21) Tem conhecimento se é portador de algum problema dentário?	☐ Sim ☐ Não	Qual?
22) Usa algum tipo de prótese dentária?	☐ Sim ☐ Não	Qual?

Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde acima, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

LOCAL

DATA

NOME E ASSINATURA DO TITULAR