



A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o CONTRATANTE tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes e, ainda, em relação ao beneficiário titular sob a sua responsabilidade (menor, tutelado, etc).

Beneficiário	Nome	Peso	Altura	Idade
Titular				
Dependente 1				
Dependente 2				
Dependente 3				
Dependente 4				
Dependente 5				
Dependente 6				

**PARA SER PREENCHIDO MANUALMENTE PELO TITULAR OU RESPONSÁVEL**

Item	O beneficiário titular ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (sim) ou N (não):	Titular	Dependentes / Agregados					
			1	2	3	4	5	6
1	Sofreu ou sofre de alguma doença dermatológica, como vitiligo, nevus ou pintas de beleza, cicatrizes, alopecia ou perda de cabelo, micoses, melanoma ou outra?							
2	Sofreu ou sofre de alguma doença alérgica, como dermatite, eczema, rinite, asma, urticária ou outra?							
3	Sofreu ou sofre de alguma doença respiratória, como bronquite, asma DPOC, enfisema, ronco, apnéia do sono ou outra?							
4	Sofreu ou sofre de alguma doença hematológica, como hemofilia, trombocitose, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra?							
5	Sofreu ou sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes insípido, diabetes mellitus, diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes juvenil, diabetes congênita ou outra?							
6	Sofreu ou sofre de alguma doença infecciosa, como tuberculose, malária, dengue, sífilis, HPV (papiloma vírus) ou outra?							
7	Sofreu ou sofre de alguma doença oftalmológica, como estrabismo, miopia, astigmatismo, catarata, hipermetropia, glaucoma, ou aumento de pressão do olho, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, olho vermelho, pterígio, calásio, descolamento da retina, inflamação do nervo ocular ou outra?							
8	Sofreu ou sofre de desvio do septo, rinite, amigdalite de repetição, adenoidite, rinoscoliose ou nariz torto, sinusite de repetição, pólipos de laringe ou das cordas vocais, nódulo de laringe ou cordas vocais ou outra?							
9	Sofreu ou sofre de alguma doença cardiovascular, como infarto do miocárdio, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial ou pressão alta, aneurisma da aorta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, Doença de Chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas ou outra?							
10	Sofreu ou sofre de alguma doença ortopédica, como pseudoartrose, lesão de menisco, fratura viciosamente consolidada, tumor ósseo benigno, joanete, esporão do calcâneo, lesão do manguito rotador do ombro, síndrome de túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, lombociatalgia, cervicobranquialgia ou outra?							

Item	O beneficiário titular ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (sim) ou N (não):	Titular	Dependentes / Agregados						
			1	2	3	4	5	6	
11	Sofreu ou sofre de alguma doença endocrinológica, como hipertireoidismo, cisto ou nódulo de tireoide, bócio, tireoidite, doenças graves ou outra?								
12	Sofreu ou sofre de alguma doença reumatológica, como osteoporose, artrose, reumatismo, lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia, dermatomiosite, doença do Chron ou outra?								
13	Sofreu ou sofre de alguma doença neurológica, como enxaqueca, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, paralisias, Mal de Parkinson, epilepsia, neurite diabética, Alzheimer, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas?								
14	Sofreu ou sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como refluxo gastroesofágico, úlcera do estômago, úlcera do duodeno, pedra na vesícula, diarreia crônica, hemorróidas, gastrite, colite, hemorragia digestiva, ascite, estenose de esôfago ou outra?								
15	Sofreu ou sofre de alguma doença vascular, como varizes de esôfago, varizes dos membros inferiores, síndrome pós-trombótica, flebite, Síndrome de Raynaud ou outra?								
16	Sofreu ou sofre de alguma hérnia, como diafragmática, umbilical, inguinal, inguino-escrotal, incisional, de hiato ou outra?								
17	Sofreu ou sofre de alguma doença urológica, como fimose, parafimose, estenose de uretra, pedras ou cálculos do rim ou outra localização, malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, perda de urina, impotência, nefrite, síndrome nefrótico ou outra?								
18	Sofreu ou sofre de alguma doença ginecológica, como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mama, alteração funcional benigna da mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, eczema da mama, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra?								
19	Sofreu ou sofre de infertilidade (não prosseguimento da gestação) ou esterilidade (não consegue engravidar)?								
20	Sofreu ou sofre de alguma hepatite, como hepatite viral aguda ou crônica, virose do fígado, portador do vírus da hepatite ou outra?								
21	Sofreu ou sofre de obesidade ou obesidade mórbida ou magreza excessiva? Já realizou tratamento para perda ou ganho de peso nos últimos 12 meses?								
22	Sofreu ou sofre de alguma doença congênita, como malformação cardíaca, malformação crânio-encefálica, onfalocele, microcefalia, hidrocefalia, sindactilia, polidactilia, mama extranumerária, refluxo gastroesofágico, cegueira, surdez, mudez, prematuridade, doença hemolítica perinatal, fibrose cística do pâncreas? Síndromes: de Down (mongolismo), de Edwards, de Patau, de rubéola congênita, da toxoplasmose congênita, Turner, Klinefelter ou outra?								
23	Sofreu ou sofre de AIDS, SIDA, portador do vírus, candidíase de repetição, pneumonias de repetição, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, citomegalovirose ou outra?								

Item	O beneficiário titular ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (sim) ou N (não):	Titular	Dependentes / Agregados					
			1	2	3	4	5	6
24	Sofreu ou sofre de algum câncer, como de cabeça e pescoço, do sistema nervoso central ou periférico, da hipófise, da tireoide, meduloblastoma, da mama, do pulmão, do mediastino, do esôfago, do colo do útero, do útero, do endométrio, do ovário, do testículo, do rim, do ureter, da adrenal ou suprarenal, da próstata, da bexiga, do ânus, do reto, da pele, linfoma de Hodgkin (supradiaphragmático), linfoma de Hodgkin (infradiaphragmático), leucemia, de partes moles, dos ossos, metástases ósseas, metástases ganglionares, metástases nos linfonodos, metástases cerebrais, metástases hepáticas, da vagina, da vulva, do pênis, linfoma não Hodgkin (supra - diaphragmático), linfoma não Hodgkin (infra-diafragmático), do estômago, do duodeno, do cólon, do intestino delgado, do intestino grosso, da vesícula, das vias biliares, do fígado, do pâncreas, melanoma, da garganta, das cordas vocais, de boca, de lábio, de nariz, de ouvidos, dos olhos, dos músculos, de língua, dos brônquios, laringe, anemia aplástica ou outro?							
25	Sofreu ou sofre de alguma doença como ansiedade, neurose, psicose, esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, anorexia nervosa, bulimia, autismo, dependência a bebidas alcoólicas, dependência de drogas ou outra? Esteve ou está em acompanhamento psiquiátrico? Especificar.							
26	É ou já foi portador de prótese / órtese / materiais diversos, tais como: parafusos, placas, stents, válvulas, DIU (dispositivo intrauterino), prótese de mama ou outras? Especificar.							
27	Sofreu algum acidente ou doença que tenha deixado algum tipo de deficiência, cicatriz ou sequela? Especificar.							
28	Sofreu ou sofre de doença (s) do sangue, recebeu transfusão de sangue ou quimioterapia? Especificar.							
29	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses? Especificar.							
30	Já realizou procedimentos, tais como: cateterismo, angioplastia ou outros? Especificar.							
31	Sofreu ou sofre de alguma doença não identificada nas questões anteriores? Em caso afirmativo, especificar abaixo.							

Em caso de resposta afirmativa (sim) para qualquer dos itens acima, informar os dados considerados importantes para análise médica, respondendo os quesitos:

Qual? Quando? Por quê? Onde? Conforme o caso.

Item	Tit. / Dep.	Data do Evento	Esclarecimentos / Especificações

LOCAL	DATA	ASSINATURA
	/ /	