



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Este formulário deve ser preenchido de próprio punho pelo proponente. Não serão aceitas declarações com rasuras

Item	Responda ("S" = Sim; "N" = Não)	Titular	Dependentes				Agregados	
			1	2	3	4	1	2
1	Tem ou teve problemas no aparelho cardio-circulatório (pressão alta, dor no peito, infarto, derrames, entre outros)?							
2	Tem ou teve doenças das veias (varizes, trombozes, aneurisma, hemorroidas, entre outras)?							
3	Tem ou teve doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, entre outras)?							
4	Tem ou teve doenças no aparelho digestivo (fígado, estômago, intestino, esôfago, vesícula biliar, pâncreas, outras)?							
5	Tem ou teve hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?							
6	Tem ou teve problemas renais ou de bexiga (cálculos, infecções dos rins, incontinência urinária, entre outros)?							
7	Tem ou teve doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)?							
8	Tem ou teve doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras)?							
9	Tem ou teve problemas pulmonares (asma, bronquite, enfisema, entre outras)?							
10	Tem ou teve doenças do ouvido / nariz / garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, outras)?							
11	Tem ou teve doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, entre outras)?							
12	Tem doença ou má formação congênita ou hereditária?							
13	É portador de doença sexualmente transmissível?							
14	Tem ou teve doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?							
15	Tem ou teve doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?							
16	Já foi internado alguma vez?							
17	Você está em período de gestação?							
18	Informar a quantos partos (normal ou cesárea) fora submetida.							
19	Tem ou teve doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, entre outras)?							
20	Tem ou teve transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outros)?							
21	Tem ou teve doenças ginecológicas e das mamas (períneos, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?							
22	Tem ou teve doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?							
23	Tem ou teve doença infecto-contagiosa (hepatite, tuberculose, entre outras)?							
24	Tem ou teve problemas ortopédicos (atrose, hérnia de disco, fraturas, entre outros)?							
25	Tem tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?							
26	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise?							
27	Realiza ou realizou tratamento com Quimioterapia, Braquiterapia ou Radioterapia?							
28	Possui marca-passo ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos)?							
29	Faz uso frequente de algum medicamento?							
30	Possui alguma doença ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento na mencionado acima?							
31	Utiliza drogas (cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?							
32	Fuma (Cigarro, charuto, entre outros)?							
33	Consome bebida alcoólica regularmente (mais de 3 vezes por semana)?							
34	Pratica atividade física regularmente (pelo menos 3 vezes por semana)?							
35	Preocupa-se em ter uma alimentação saudável?							
36	Realiza consultas odontológicas anualmente?							
37	Preocupa-se em prevenir doenças sexualmente transmissíveis?							
38	Tem tempo e dedica-se a atividades de lazer regularmente?							
39	Já teve ou foi vacinado contra sarampo, catapora, tétano, coqueluche, difteria, rubéola, hepatite A, hepatite B?							
40	Tem interesse em informações sobre saúde e prevenção de doenças?							

Assinatura do Dependente ou Responsável 1

Assinatura do Dependente ou Responsável 2

Assinatura do Dependente ou Responsável 3

Assinatura do Dependente ou Responsável 4

Assinatura do Agregado ou Responsável 1

Assinatura do Agregado ou Responsável 2