

Titular	CPF:
Dependente 01	CPF
Dependente 02	CPF

Questões	Títular	Dep. 1	Dep. 2	Questões	Títular	Dep. 1	Dep. 2
1 - Tem doença de pele? (cistos, tumorações, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	17-Tem doença psiquiátrica?(depressão, pânico, fobias, etc).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
2 - Tem doença de crânio e face? (malformações, tumores, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	18-Tem doença endócrina ou metabólica? (diabetes, tireoide, acromegalia, cushing, sudorese, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
3 - Tem doença oftalmológica? (Miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, pterígio, glaucoma, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	19- Tem deficiência nos órgãos dos sentidos? (audição. Tato, olfato, paladar).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
04-Tem doença otorrinolaringológica? (amigdalites, adenoides, sinusites, rinites, otites – infla.do ouvido).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	20- Tem alguma malformação ou doença congênita?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
05-Tem doença de tórax? (deformidades, congênicas,etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	21-Tem câncer ou tumor de qualquer natureza?(maligno ou benigno).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
06-Tem doença dos pulmões? (enfisema, asma, bronquite, cansaço, Doença Pulmonar Obstrutiva a Crônica – DPOC).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	22-Tem alguma dependência química? (alcoolismo, tabagismo, drogas, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
07-Tem doença do sistema ósteo- articular? (osteoporose, fratura, hérnia, de disco, artrose, reumatismo, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	23-Sofre de enxaqueca?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
08-Tem doença do sistema músculo-tendinoso? (tendinite, LER- lesão por Esforço Repetitivo, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	24-Foi submetido(a) a alguma cirurgia? (especificar).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
09-Tem doença cardíaca? (hipertensão , insuficiência cardíaca, infarto, angioplastia).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	25-Tem alguma doença(s), lesão(ões), ou patologia(s) não citado(s) acima? (especificar).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
10-Tem doenças vasculares ou circulatórias? (varizes, edemas de membro(s), derrame, hemorroidas, etc).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	26-Tem seqüela de algum acidente sofrido? (especificar).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
11-Tem doença do aparelho digestivo? (estomago, esôfago, intestino , reto e ânus, diarreia recorrente, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	27-Sofre de obesidade?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
12- Tem doença do fígado e vias biliares? (cirrose, hepatite, cálculo na vesícula, icterícia, etc).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	28-Sofre de incontinência urinaria? (perda de urina involuntária ou aos esforços).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
13- Tem doença de aparelho urinário? (cálculos, sangue na urina, IRC- insuficiência Renal Crônica, etc).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	29- Tem indicação para realizar alguma cirurgia? (especificar).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
14- Tem doença no aparelho genital e reprodutor masculino? (próstata, testículo , pênis, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	30-Tem indicação para realizar tratamento clínico? (ambulatório ou hospitalar – especificar).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
15- Tem doença no aparelho genital e reprodutor feminino?(útero, ovário(s), trompa(s), mioma(s), cistos(s)).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	31- Tem doença no sistema nervoso? (epilepsia,paralisia(s), convulsões, mal de Alzheimer, mal de Parkison).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
16- Tem doença hematológica(sangue)? (anemia, leucemia, leucopenia, hemofilia, lúpus, diminuição de plaquetastrombocitopenia, etc.).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	32- Tem alguma doença infecto-contagiosa? (febre reumática, tuberculose, AIDS, sífilis, e/ou outras doenças sexualmente transmissíveis).	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Peso (Kg)*				Altura (m)*			

*Informações obrigatórias.

EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA A ALGUMA DAS PERGUNTAS ACIMA DÊ MAIS INFORMAÇÕES NO CAMPO ABAIXO. OU CASO TENHA ALGUM COMENTÁRIO E/OU INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DAS QUESTÕES FORMULADAS QUE VOCÊ ACHE IMPORTANTE REGISTRAR:

Titular / dependente	Item	Data do Evento	Esclarecimentos / comentários
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

() Declaro de dispensei a orientação de um profissional médico

() Fui orientado pelo médico (a): [] Da operadora [] Particular - Abdico voluntariamente de realizar entrevista qualificada com o medico da operadora.

Nome CRM Médico Orientador	Nome CRM Médico Orientador	Local e Data
Declaro que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas, e não foram omitidas circunstancias que possam influir na aceitação da referida proposta e no valor da mensalidade. Declaro ainda que estou ciente se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos, ficarei sujeito a suspensão e/ou denúncia do contrato, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.		
Assinatura do proponente titular ou responsável		Local e Data