

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE – PLANO EMPRESA



Empresa: \_\_\_\_\_

Contratante Titular: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Dependente 1: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Dependente 2: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Dependente 3: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_

**Responda as perguntas abaixo com S para Sim e N para Não**

- É portador de doenças do coração, circulação, arritmia cardíaca ou pressão alta?
- Teve AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou é portador de deficiência circulatória cerebral?
- É portador de diabetes?
- É fumante?
- É portador de doença pulmonar? (Asma, bronquite etc)
- É portador de doenças no fígado, cálculos na vesícula ou doença pancreática?
- É portador de doenças no estômago ou doenças intestinais?
- É portador de doenças do útero, trompas ou ovários (miomas, cistos no ovário etc)?
- É ou foi portador de câncer ou tumor de qualquer natureza?
- É portador de doença neurológica (epilepsia, Parkinson, meningites, encefalites etc)?
- É ou foi portador de doença psiquiátrica?
- É dependente, faz ou fez tratamento para dependência química (drogas ou álcool)?
- Obeve, em exame, resultado positivo para Aids ou Hepatite (A, B ou C)?
- Realiza, ou realizou, hemodiálise ou diálise peritoneal?
- Faz uso de algum medicamento de forma permanente?
- É portador de deficiência de órgãos, membros ou sentidos?
- Já necessitou ficar internado para tratamento químico, cirúrgico ou psiquiátrico?
- Tem algum tratamento clínico ou cirúrgico programado ou indicado para os próximos meses?
- Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos)?
- É portador de doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?
- É portador de doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos)?
- É portador de doenças ou má formação congênitas ou hereditárias?
- Realiza ou realizou tratamento de quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia?
- É portador de doenças renais ou de bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga ou uretra, cálculos renais, entre outras)?
- É portador de doenças nos olhos (miopias, astigmatismo, hipermetropia, ceratone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)?
- Possui alguma doença ou fez alguma cirurgia não especificada acima?

	Tit	Dep1	Dep2	Dep3
É portador de doenças do coração, circulação, arritmia cardíaca ou pressão alta?				
Teve AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou é portador de deficiência circulatória cerebral?				
É portador de diabetes?				
É fumante?				
É portador de doença pulmonar? (Asma, bronquite etc)				
É portador de doenças no fígado, cálculos na vesícula ou doença pancreática?				
É portador de doenças no estômago ou doenças intestinais?				
É portador de doenças do útero, trompas ou ovários (miomas, cistos no ovário etc)?				
É ou foi portador de câncer ou tumor de qualquer natureza?				
É portador de doença neurológica (epilepsia, Parkinson, meningites, encefalites etc)?				
É ou foi portador de doença psiquiátrica?				
É dependente, faz ou fez tratamento para dependência química (drogas ou álcool)?				
Obeve, em exame, resultado positivo para Aids ou Hepatite (A, B ou C)?				
Realiza, ou realizou, hemodiálise ou diálise peritoneal?				
Faz uso de algum medicamento de forma permanente?				
É portador de deficiência de órgãos, membros ou sentidos?				
Já necessitou ficar internado para tratamento químico, cirúrgico ou psiquiátrico?				
Tem algum tratamento clínico ou cirúrgico programado ou indicado para os próximos meses?				
Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos)?				
É portador de doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?				
É portador de doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos)?				
É portador de doenças ou má formação congênitas ou hereditárias?				
Realiza ou realizou tratamento de quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia?				
É portador de doenças renais ou de bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga ou uretra, cálculos renais, entre outras)?				
É portador de doenças nos olhos (miopias, astigmatismo, hipermetropia, ceratone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)?				
Possui alguma doença ou fez alguma cirurgia não especificada acima?				

Descreva/comente os itens que foram assinalados com "Sim":

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Feira de Santana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_