

Item	Válida para Titular e Dependente(s).	Titular	DEPENDENTES																					
			1	2	3	4																		
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?																							
2	Doenças veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, outras)?																							
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireoide, entre outras)?																							
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?																							
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?																							
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga, cálculos renais, entre outras)?																							
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?																							
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?																							
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias repetição, outras)?																							
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?																							
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?																							
12	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias?																							
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?																							
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?																							
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?																							
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?																							
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?																							
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?																							
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras, outras)?																							
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?																							
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, outras)																							
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?																							
23	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?																							
24	Está ou esteve internado? Qual hospital? E por qual doença?																							
25	É portador de algum transtorno, desordem, desalinhamento e/ou deformidades das arcadas, maxilares, mandíbulas e/ou suas articulações? aparelho ortodôntico?																							
26	Informe o peso e a altura do: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desc.</th> <th>Titular</th> <th>Dep. 01</th> <th>Dep. 02</th> <th>Dep. 03</th> <th>Dep. 04</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Altura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Desc.	Titular	Dep. 01	Dep. 02	Dep. 03	Dep. 04	Peso						Altura										
Desc.	Titular	Dep. 01	Dep. 02	Dep. 03	Dep. 04																			
Peso																								
Altura																								
27	Se do sexo feminino está grávida?																							

() Tenho ciência que a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, poderei ter suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, qualquer possível intervenção cirúrgica e acompanhamento clínico que tenha relação com as patologias que tenha conhecimento previamente a assinatura desse contrato pelo período de 24 meses.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro, para todos os efeitos legais, ter conhecimento que as informações registradas nesta Declaração de Condições de Saúde são parte integrante do contrato do Plano de Assistência à Saúde **PESSOAL SAÚDE**; que as mesmas foram prestadas livre e espontaneamente, sendo verdadeiras e completas, pelas quais assumo total responsabilidade, seja no que diz respeito ao meu estado de saúde, dos meus beneficiários dependentes que represento neste Contrato.

Local e data:	Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal
	Assinatura Corretor:

Em caso de resposta afirmativa em qualquer dos campos acima, especificar o item relacionado ao usuário, motivo e data do evento. Especificar também qualquer evento que achar necessário e que não tenha especificado acima.

item	Cod. Tit/Dep	Data Evento	Descrição da Lesão ou Evento	CID - Uso da Operadora

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meus(s) dependente(s), tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. De conformidade com o Artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência. Declaro ter conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, sendo que não optei pelo mesmo.

Santo André , ____/____/____.		Assinatura do Beneficiário Titular	
CONTRATADA:			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR			
Contratação com Entrevista médica qualificada			
Nome Médico DR.		Assinatura/Carimbo	
CRM:	FONE:	CARIMBO:	DATA ENTREVISTA:
Contratação sem entrevista médica qualificada, tendo o usuário dispensado a mesma por ter entendido todas as questões respondidas acima e ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE POR TAIS RESPOSTAS			
Declaro que fui orientado por médico par			
Local e data:		Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal	
____, ____/____/____		Assinatura Corretor:	