

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px; margin-right: 10px;">ANS - 34.883-0</div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">CNPJ/MF 00.338.763/0001-47</p>	<h2 style="margin: 0;">DECLARAÇÃO DE SAÚDE</h2> <h3 style="margin: 0;">Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia</h3>
<p>PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO Nº _____</p>	

1- No preenchimento desta declaração, V. Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2- Estou ciente de que as coberturas para o tratamento de doenças e lesões pré existentes declaradas ou omitidas estarão sujeitas a *CPT - Cobertura Parcial Temporária* que consiste na suspensão do prazo de cobertura integral para os eventos relacionados pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data de adesão/contratação, nos termos previstos na Carta de Orientação e nas Condições Gerais do Contrato.

Opção de Preenchimento: **COM Orientação Médica** **SEM Orientação Médica**

Nome do Titular (Nome completo)	
---	--

PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS COM "S" (SIM) ou "N" (NÃO). DE PRÓPRIO PUNHO, PELO PROPONENTE TITULAR, EM SEU NOME E DE SEUS DEPENDENTES		Tit.		Dependentes				
		00	01	02	03	04	05	
1	ENCONTRA-SE, NO MOMENTO, AFASTADO DO TRABALHO?							
2	PROBLEMAS DO CORAÇÃO (INFARTO, INSUFICIÊNCIA CARDIACA, ANGINA, ARRITIMIAS, ETC)							
3	PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS (PRESSÃO ALTA, VARIZES, TROMBOSE, ANEURISMA, ETC)							
4	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (DERRAMES, ANEURISMA, DORES DE CABEÇA, DESMAIOS, CONVULSÕES, EPILEPSIA, PARALISIAS, ENXAQUECAS, ETC)							
5	PROBLEMAS DE RINS (PEDRAS, INSUFICIÊNCIA RENAL, CÓLICAS RENAI, NEFRITE, NEFROSE, ETC)							
6	PROBLEMAS DE PULMÃO (ASMA, BRONQUITE, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA-DPOC, ENFISEMA, ETC)							
7	DOENÇAS DOS OSSOS (OSTEOPOROSE, FRATURAS, RAQUITISMO, ETC)							
8	DOENÇAS DOS NERVOS (ESQUIZOFRENIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ETC)							
9	DOENÇAS DAS GLÂNDULAS (TIREOIDE, DIABETES, OUTROS PROBLEMAS HORMONAIS, ETC)							
10	DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (ÚLCERAS, GASTRITE, ICTERÍCIA, COLECISTITE, PEDRAS NA VISÍCULA, CIRROSE, PANCREATITE, DIARRÉIA CRÔNICA, HEMORRÓIDAS, HEMERRAGIA DIGESTIVA, HEPATITE, FIBROSE CÍSTICA DO PÂNCREAS, ETC)							
11	PROBLEMAS DE HERNIAS DE QUALQUER TIPO (UMBELICAL, DIAFRAGMÁTICA, INGUINAL, INCISIONAL, ESCROTAL, ETC)							
12	PROBLEMAS DO SANGUE (ANEMIAS, LEUCEMIA, PURPURA, LINFOMA, ETC)							
13	PROBLEMAS DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA (SINUSITES, DESVIO DE SEPTO, OTITES,, ADENÓIDES, AMIGDALITES, ETC)							
14	DOENÇAS REUMATOLÓGICAS (ARTRITE, ARTROSE, FEBRE REUMÁTICA, REUMATISMO, LUPUS, ETC)							
15	PROBLEMAS DE MAMAS (NÓDULOS / CAROÇOS NO SEIO, HIPERTROFIA MAMÁRIA/GINECOMASTIA, ETC)							
16	PROBLEMAS GINECOLÓGICOS (CISTOS DE OVÁRIO, MIOMAS, ENDOMETRIOSE, SANGRAMENTOS PERSISTENTES, PROBLEMAS DE PERÍNEO BEXIGA CAÍDA, PERDA DE URINA AOS ESFORÇOS, ETC)							
17	PROBLEMAS UROLÓGICOS (FIMOSE, TESTÍCULOS FORA DA BOLSA, PRÓSTATA, HIDROCELE, DIFI-CULDADE PARA URINAR, SANGRAMENTOS NA URINA, INFECÇÕES URINÁRIAS FREQUENTES, ETC)							
18	PROBLEMAS NOS OLHOS (CATARATA, GLAUCOMA, PTRIGIO, CEGUEIRA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, VISTA CANSADA, ETC)							
19	DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS (CHAGAS, MALARIA, AIDS, HEPATITE, TUBERCULOSE, ESQUISITOMOSE SÍFILIS, HANSENIASE, FEBREA MARELA, OU OUTRAS, ETC)							
20	TEM ALGUM TIPO DE CÂNCER OU TUMOR?							
21	FAZ OU FEZ ALGUM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA OU RADIOTERAPIA?							
22	TEM DEFEITOS CONGÊNITOS OU DE NASCIMENTO?							
23	USA ALGUM MEDICAMENTO REGULARMENTE?							
24	ESTEVE INTERNADO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES?							
25	JÁ REALIZOU ALGUMA CIRURGIA?							
26	FAZ USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS OU DROGAS?							
27	NECESSITA OU FEZ ALGUM TRANSPLANTE DE ORGÃOS?							
28	UTILIZA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE? PARA QUE?							
29	FEZ OU FAZ TRATAMENTO PARA EMAGRECIMENTO?							
30	JÁ TOMOU MEDICAÇÃO PARA EMAGRECIMENTO? QUAL?							
31	TEVE ACIDENTE DE TRABALHO? QUAL?							
32	TEM OU TEVE ATRASO MENSTRUAL REGULARMENTE?							
33	TEM ALGUMA OUTRA DOENÇA OU LESÃO NÃO DESCRITA ACIMA?							

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		Tit.	Dependentes				
		00	01	02	03	04	05
34	JÁ TEVE DENGUE? QUANDO?						
35	POSSUI FILHOS? QUANTOS?						

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Peso						
Altura						

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido **SIM** ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro acima, para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Benef.	Data do evento	Esclarecimentos

ENTREVISTA QUALIFICADA

- 1 - Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- 2 - Declaro que fui orientado por médico credenciado da Plena Saúde Ltda. no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 3 - Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM:

FEVEREIRO/16

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da Plena Saúde Ltda. informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais temo, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

_____ Local e data

_____ Assinatura do Contratante (titular ou responsável)