

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Resposta "S" - SIM ou "N" - NÃO para as seguintes perguntas no quadro abaixo

- 1 - Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo especifique o motivo.
- 2 - É portador de alguma moléstia que o obrigue a consultar médico ou fazer exames periódicos? Esclareça.
- 3 - Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Quais foram os diagnósticos e períodos de internações?
- 4 - Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses (inclusive biópsia)? Quais?(anexar exame anátomo-patológico)
- 5 - Já foi submetido a tratamento com radioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? Cite-os.
- 6 - Tem alguma deficiência de órgãos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos?
- 7 - Já fez exames para detecção de AIDS? Informar datas e resultados dos exames.
- 8 - Responder somente segurados do sexo feminino: É gestante ou tem conhecimento da possibilidade de estar grávida? Em caso positivo mencionar o mês da gestação.

SEQ.	PERGUNTAS								DESCRIÇÃO
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1									
2									
3									

Autorizo a(s) alteração(ões) dos dados cadastrais relacionados e declaro que nada omito em relação ao estado de saúde do(s) meu(s) dependente(s) incluído(s).

Local e Data

Assinatura do Segurado

Autorizo a(s) alteração(ões) dos dados cadastrais do segurado.

Local e Data

Assinatura do Estipulante ou Subestipulante