

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Titular: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Tel. Resid.: \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: \_\_\_\_\_ Tel. Trab.: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### **RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, MARCANDO SIM OU NÃO, CONFORME O CASO:**

- 01- Sofre de alguma doença de veia e/ou artéria como varizes, aneurismas, trombozes, má circulação, ou outra?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 02- Sofre de alguma doença do aparelho cardiocirculatório como angina, pressão alta, infarto, arritmias, cirurgias cardíacas anteriores, doenças cardíacas congênitas, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 03- Sofre de doenças congênitas ou metabólicas como diabetes, hipertireoidismo, obesidade, obesidade mórbida, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 04- Sofre de doenças do aparelho digestivo como cálculo biliar, doenças do fígado, doenças de intestino, hemorróidas, fístulas, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 05- Sofre de hérnia de todos os tipos como inguinais, umbilicais, incisionais, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 06- Sofre de doenças do sangue ou imunológicas como anemias, púrpuras, talassemias, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 07- Sofre de doenças do aparelho gênito- urinário como cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra, transplantados, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 08- Sofre de doenças do sistema nervoso e cérebros vasculares como derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 09- Sofre de alguma doença de ouvido, nariz e garganta como diminuição de audição, desvio de septo, sinusites, amigdalites, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 10- Sofre de alguma doença crônica do aparelho respiratório como asma, bronquite, efisema, pneumonia de repetição, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 11- Sofre de alguma doença ortopédica como artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas, lesão ligamentar, desvios de coluna, osteoporose, lesão de tendão, deformidades ósseas congênitas, fraturas de repetição, entre outras?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 12- Sofre de alguma doença ginecológica e de mama como mioma, períneo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras, ou está em gestação?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_
- 13- Sofre de alguma doença relacionada ao HIV como Aids e suas complicações, infecciosas e degenerativas?  
 Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_



14- Sofre de doenças ou tumorações benignas ou malignas como leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de cânceres?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

15- É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos com próstata, hidrocele fimose criptorquidia, para-fimose, impotência, doença de peroni, entre outras?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

16- Sofre de doenças oftalmológicas e alterações de refração como catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia, uso de lentes corretivas, entre outras?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

17- É portador de doenças e transtornos mentais e psiquiátricos como psicose maníaco depressivo, depressão, esquizofrenia, retardo mental, uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD, entre outros?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

18- Faz algum tipo de tratamento? Qual (is)?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

19- Já fez algum tipo de cirurgia?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

20- Tem alguma deficiência de órgão, membros ou sentidos?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

21- Já foi submetido a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

22- Fuma?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

23- Consome bebida alcoólica?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

24- É acompanhado por algum médico?

Sim  Não Especificar: \_\_\_\_\_

### **DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro que **nada omiti** em relação ao meu estado de saúde e que as informações prestadas por mim, na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento do Artigo 766 do código Civil Brasileiro, o qual dispõe que “ **se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta**”, perderá o direito às coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos benefícios já obtidos. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a CAURN, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ao sigilo profissional.

### **ENTREVISTA QUALIFICADA**

#### **Marque a opção escolhida**

1. Declaro que fui orientado por médico credenciado pela CAURN no preenchimento da Declaração de Saúde.
2. Declaro que fui orientado por meu médico particular no preenchimento da Declaração de Saúde.
3. Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e que dispensei a orientação médica para responder às mesmas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_