



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com a resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

DADOS DO BENEFICIÁRIOS

Nome do titular:

Nome do dependente 1:

Nome do dependente 2:

Nome do dependente 3:

Nome do dependente 4:

CONDIÇÃO DE SAÚDE	TITULAR	DEPENDENTES				QUAL
		1	2	3	4	
1) Sofre ou sofreu de doenças da visão: catarata, pálpebras caídas, lacrimejamento, miopia, astigmatismo, glaucoma, problemas da retina ou outras?						
2) Sofre ou sofreu de doenças neurológicas: dor de cabeça freqüente, convulsões, desmaios, ataques de nervos ou outras?						
3) Sofre ou já sofreu de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou Derrame?						
4) Sofre ou sofreu de doenças da circulação: feridas, varizes, má circulação, inchaço das pernas ou hemorróidas?						
5) Possui problemas de saúde congênito, pressão arterial alterada, problema de tireóide, alteração hormonal ou diabetes?						
6) Encontra-se atualmente sob supervisão médica?						
7) Encontra-se atualmente em tratamento de fisioterapia, diálise ou hemodiálise?						
8) Tem histórico de traumatismo decorrente de acidente pessoal (ou trabalhista)?						
9) Sofre ou sofreu de doenças dos rins: pedra(s) no rim, doenças da próstata, infecção urinária ou outras?						
10) Já realizou litotripsia ou hemodiálise?						

11) Possui doenças de pele: manchas (inclusive de nascença), lesões (feridas), verrugas?					
12) Sofre ou sofreu de doenças gastrointestinais: úlcera, gastrite, hémia, hemorróidas, pedras, cirrose, refluxo, alteração de vesícula ou outras?					
13) Sofre de câncer ou já realizou tratamentos de radioterapia, quimioterapia ou imunoterapia?					
14) Sofre de doenças pulmonares: asma, bronquite, falta de ar, enfisema, tumores, pneumonia ou outras?					
15) Sofre de doenças cardíacas: arritmia (batedeira), infarto, sopro, febre reumática, HAS ou outras?					
16) Sofre de doenças infecto-contagiosas: tuberculose, AIDS, lepra, hepatite, meningite, doença de chagas ou qualquer outro tipo?					
17) Sofre ou sofreu de doenças do sangue: leucemia, linfoma, anemia ou outras?					
18) Sofre ou sofreu de doença mental ou está em algum tratamento psiquiátrico/psicológico?					
19) Sofre de doenças ortopédicas ou das articulações: dores, fraturas, problemas de coluna, cirurgias ortopédicas, reumatismo, hérnia de disco ou outras?					
20) Sofre de doenças ginecológicas: bexiga caída, problemas de útero, mamas, gravidez, abortos, cistos ou outros?					
21) Sofre de doenças otorrinolaringológicas: audição, fala, labirintite, ronco, dificuldades de respirar pelo nariz ou outras?					
22) Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia?					
23) Sofreu qualquer problema de dependência química específica?					
24) Deixou de realizar algum tratamento clínico ou cirúrgico que tenha sido indicado?					
25) Deseja registrar comentários ou informações adicionais que considere importante, como: uso de válvulas, pinos, próteses, lentes, etc..?					
26) Está atualmente em gozo de boa saúde?					

DECLARO que qualquer doença que venha a ocorrer entre as datas da minha solicitação e da efetiva cobertura, deverá ser reportada a JUDICEMED.

DECLARO que li, conheço e estou de acordo com as condições do Regulamento Interno da JUDICEMED que rege o presente plano e ciente de que esta declaração é parte integrante e complementar do referido regulamento, cujas cláusulas e condições encontram-se registradas em cartório.

, de de

Assinatura do beneficiário ou responsável