



Nome:

CPF: Data de Nascimento:

Telefone: Sexo:

Endereço:

Data do Preenchimento:

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE  
(RESPONDER COM SIM OU NÃO E ESPECIFICAR NAS OBSERVAÇÕES)**

	TITULAR		DEP.1		DEP.2		DEP.3	
TEM CIRURGIA PROGRAMADA PARA OS PRÓXIMO 6 MESES?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
ESTÁ INTERNADO EM REGIME HOSPITALAR, OU RECEBE TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE) ?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
FEZ, OU FAZ, TRATAMENTO PARA ALGUM TIPO DE CÂNCER (LEUCEMIA/MIELOMA MULTIPLO/CARCINOMA/MELANOMA/LINFOMA) ?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**VC TEM ALGUMA DAS DOENÇAS CRÔNICAS LISTADAS ABAIXO ? (RESPONDER COM SIM OU NÃO E ESPECIFICAR NAS OBSERVAÇÕES)**

INSUFICIÊNCIA RENAL / HEMODIALISE	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA / CIRROSE / HEPATITE CRÔNICA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DOENÇA DE CROHN / RETOCOLITE ULCERATIVA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
LÚPUS / PÚRPURA / ESCLEROSE MÚLTIPLA / ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA / ARTRITE REUMATÓIDE	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
OSTEOMIELITE / DESVIO DE COLUNA / DEFORMIDADES ÓSSEAS CONGÊNITAS / ARTROSE / HÉRNIA DE DISCO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DERRAME / ANEURISMA CEREBRAL / PARALISIA CEREBRAL / PARKINSON / ALZHEIMER / DOENÇAS CONGÊNITAS DO SISTEMA NERVOSO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
ENFISEMA / DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

**ESCLARECIMENTO DA DOENÇA DECLARADA (OBSERVAÇÕES)**

**Quadro de Peso e Altura**

Titular -	Peso (KG)	Altura (CM)	NOME:
Dependente 1 -	Peso (KG)	Altura (CM)	NOME:
Dependente 2 -	Peso (KG)	Altura (CM)	NOME:
Dependente 3 -	Peso (KG)	Altura (CM)	NOME:

Local e data:

Assinatura do beneficiário ou responsável: