

DADOS DO PROPONENTE

NOME COMPLETO		CPF
PESO	ALTURA	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1** - Esta declaração de saúde é parte integrante da Proposta de Adesão, estando a BANESCAIXA autorizada a solicitar, a qualquer momento, o complemento das Informações ora declaradas.
- 2** - A declaração de saúde deve ser preenchida pelo Titular ou Responsável Legal de próprio punho, assinalada com "S" - SIM ou "N" - NÃO. Toda resposta afirmativa "S" SIM requer detalhamento no campo especificar
- 3** - A Declaração de saúde do beneficiário é um documento formal e legal, a ser analisado pela BANESCAIXA com a finalidade de conhecer o beneficiário, analisar riscos, promover a prevenção da saúde e analisar a rede de credenciados.

ITEM	INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇAS E HÁBITOS ATUAIS DO PROPONENTE	SIM	NÃO	ESPECIFICAR
01	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO? (ÚLCERA, COLITE, VESÍCULA, OUTRAS)			
02	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA ORTOPÉDICA? (HÉRNIA DE DISCO, OSTEOPOROSE, ARTROSE, FRATURAS, OUTRAS)			
03	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA NEUROLÓGICA? (MAL DE PARKINSON, DOENÇA DE ALZHEIMER, EPILEPSIA, PARALISIA CEREBRAL, DERRAME CEREBRAL, OUTRAS)			
04	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA DO APARELHO RESPIRATÓRIO? (ASMA, BRONQUITE, ENFISEMA, OUTRAS)			
05	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA ENDÓCRINA? (DIABETES, TIREÓIDE, OUTRAS)			
06	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA DO APARELHO URINÁRIO? (CÁLCULO RENAL, NEFRITES, PRÓSTATA, OUTRAS)			
07	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA GINECOLÓGICA? (CISTO, ENDOMETRIOSE, TUMOR DE MAMA, MIOMA, INCONTINÊNCIA URINÁRIA, OUTRAS)			
08	SOFRE(U) DE CÂNCER, JÁ FEZ TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA OU QUIMIOTERAPIA?			
09	SOFRE(U) DE HÉRNIA? (INGUINAL, HIATAL, UMBILICAL, OUTRAS)			
10	SOFRE(U) HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA CARDÍACA OU VASCULAR? (OUTRAS)			
11	SOFRE(U) ALGUM DISTÚRBO PSQUIÁTRICO OU PSICOLÓGICO? (DEPRESSÃO, ESQUIZOFRENIA, RETARDO MENTAL, DEPENDÊNCIA QUÍMICA, OUTRAS)			
12	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA REUMATOLÓGICA (REUMATISMO, ARTRITE, FEBRE REUMÁTICA, LUPUS, ESCLEROSE, OUTRAS)			
13	SOFRE(U) DE SEQÜELA DE ACIDENTE, MOLÉSTIA ADQUIRIDA OU CONGÊNITA OU USO DE PRÓTESE? (MARCAPASSO, PINOS, PLACAS, PARAFUSOS, OUTRAS)			
14	SOFRE(U) ALGUMA DOENÇA DO SANGUE (ANEMIA, HEMOFILIA, RECEBEU TRANSFUSÃO, OUTRAS)			
15	SOFRE(U) ALGUMA OUTRA DOENÇA NÃO MENCIONADA AQUI, OU CIRURGIAS ANTERIORES?			
16	TEM QUALQUER DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU VISUAL? (CATARATA, GLAUCOMA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, OUTRA)			
17	TEM INDICAÇÃO PARA SUBMETER-SE A ALGUMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA OU TRANSPLANTE?			
18	VOCÊ É TABAGISTA?			
19	VOCÊ PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA POR 30 MINUTOS, PELO MENOS 3 VEZES POR SEMANA?			
20	VOCÊ CONSOME HABITUALMENTE BEBIDA ALCOÓLICA, PELO MENOS 3 VEZES POR SEMANA?			

DECLARAÇÃO

Declaro ainda, que tenho pleno conhecimento de que declarações não verdadeiras, incompletas e qualquer omissão em relação a mim ou a quem estiver sob minha responsabilidade legal caracterizam comportamento fraudulento, sujeitando-me às penalidades legais cabíveis.

LOCAL E DATA

NOME DO PROPONENTE / RESP LEGAL:

CPF: