



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Registro provisório do Ministério da Saúde Nº

Vinculado ao contrato Nº

Nome do Titular:

Nome do Dependente:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE	TITULAR	DEPENDENTES / AGREGADOS				
	Titular	01	02	03	04	05
1- Sofre ou sofreu de doenças Oftalmológicas: catarata, pálpebras caídas, lacrimejamento, miopia, hipermetropia, estrabismo, astigmatismo, glaucoma, deslocamento da retina, ceratocone ou outras doenças ? Especificar no verso.						
2- Sofre ou sofreu de doenças Neurológicas: derrame, AVC (Acidente Vascular Cerebral), epilepsia, convulsões, desmaios, hidrocefalia, esclerose múltipla, ataques de nervos ou outras doenças ? Especificar no verso.						
3- Sofre ou sofreu de doenças do Aparelho Digestivo: úlcera, cálculo de vesícula, pólipos, gastrite, hérnia de hiato, hemorróidas, cirrose, refluxo gastroesofágico, pancreatite ou outras doenças? Especificar no verso.						
4- Sofre ou sofreu de doenças Cardíacas: arritmias, infarto, angina, hipertensão, insuficiência valvar, insuficiência cardíaca, miocardite ou outras doenças? Especificar no verso.						
5- Sofre ou sofreu de doenças do Metabolismo: diabetes, obesidade, hipertireoidismo, hipotireoidismo ou outras doenças? Especificar no verso.						
6- Sofre ou sofreu de doenças Ginecológicas: mioma, cisto de ovário, incontinência urinária, endometriose, nódulo de mama, infertilidade ou outras doenças? Especificar no verso.						
7- Sofre ou sofreu de doenças Respiratórias: asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão ou outras doenças? Especificar no verso.						
8- Sofre ou sofreu de doenças Ortopédicas: hérnia de disco, luxações e/ou fratura óssea, lesão do ligamento, problemas de coluna vertebral, seqüela de acidente ou outras doenças? Especificar no verso.						
9- Sofre ou sofreu de doenças Reumatológicas: artrose, artrite, artrite reumatóide, esclerose múltipla, ou outras doenças? Especificar no verso.						
10- Sofre ou sofreu de doenças Oncológicas: câncer, tumores, neoplasias, leucemia. Em caso afirmativo especificar no verso qual tipo e qual tratamento realizou ou está realizando como ex: radioterapia, quimioterapia ou imunoterapia.						
11- Sofre ou sofreu de doenças Urológicas: cálculo renal, insuficiência renal crônica ou aguda, nefrite, prostatite, varicocele, hidrocele, infecções urinárias ou outras doenças? Especificar no verso.						
12- Sofre ou sofreu de doenças Infecto-contagiosas: tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), hepatites A, B ou C, herpes, doenças de chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças? Especificar no verso.						
13- Sofre ou sofreu de doenças Otorrinolaringologia: desvio de septo, pólipos de cordas vocais, labirintite, sinusites, rinites ou outras doenças? Especificar no verso.						
14- Sofre ou sofreu de doenças Psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, anorexia, distúrbio bipolar do humor, síndrome do pânico ou outras doenças? Especificar no verso.						
15- Sofre ou sofreu de doenças de Pele: dermatite, acne, melanoma, ou outras doenças?						
16- Sofre ou sofreu de doenças do Sangue: leucemia, linfoma, anemia, deficiência de fatores de coagulação, hemofilia ou outras doenças? Especificar no verso.						
17- É fumante? Há quanto tempo? Especificar no verso.						
18- Está grávida? Em caso afirmativo especificar no verso há quanto tempo.						
19- É transplantado ou tem indicação de transplante em qualquer órgão?						
20- Submeteu-se ou submete-se a tratamento para dependência química: álcool ou drogas? Especificar no verso.						
21- Sofre ou sofreu de alguma doença não especificado acima que possa alterar o preenchimento desta Declaração de Saúde?						

DESCRIÇÃO DA DOENÇA (se qualquer das respostas do questionário acima for "SIM", esclareça abaixo)	Item	Benef.

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

01	Nome:
02	Nome:
03	Nome:
04	Nome:
05	Nome:

O beneficiário TITULAR bem como seus dependentes tem ciência de que foram oferecidas as seguintes opções para o preenchimento desta Declaração de Saúde, declaro que optei por:

- () ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela CAMPE.
- () ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha.
- () dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Carimbo e assinatura do médico(a)	Local Data
_____	_____

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a CAMPE considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu(s) dependentes(s). Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a Caixa de Assistência dos Magistrados de Pernambuco – CAMPE. Ficando a CAMPE autorizada a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.
De conformidade com o art. 766 e parágrafo único, do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência.

Assinatura do Proponente Titular/Beneficiário	Local e Data
_____	_____