

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

NOME DO PROPONENTE

NOME DO PLANO

Informe se é portador ou se já sofreu de alguma das situações descritas nesta Declaração de Saúde.

Item	DESCRIÇÃO	Escreva por extenso "SIM" ou "NAO"
01	Tem ou teve bronquite; doenças crônicas do aparelho respiratório (como asma, bronquite, enfisema e pneumonia de repetição, entre outras).	
02	Tem ou teve doenças oftalmológicas e alterações de refração (como miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, ceratocórnea, glaucoma, lesões de retina ou córnea e uso de lentes corretivas, entre outras). Ou doença do ronco. Tem indicação de cirurgia?	
03	Tem ou teve epilepsia, convulsão ou enxaqueca doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer epilepsia, microcefalia entre outros).	
04	Tem ou teve doenças de veias e artérias (como varizes, aneurismas, trombozes e má circulação, entre outras?).	
05	Tem ou teve doenças do aparelho cardiocirculatório como (pressão alta, infarto, angina, arritmia, aneurisma, trombose, embolia, cirurgias cardíacas Doenças congênitas?). Possui marca-passos ou stent entre outras?	
06	Tem ou teve doença do sangue (anemia, hemofilia, púrpura, talassemias ou outra)?	
07	Tem ou teve Doenças endócrinas ou metabólicas (como, hipertireoidismo, hipotireoidismo, bócio, nódulo da tireóide, da hipófise, doença suprarrenal, obesidade, diabetes, Qual tipo)?	
08	Tem ou teve doença aparelho geniturinário (como Insuficiência renal, cálculo, infecção urinária de repetição, transplante faz ou fez diálise ou hemodiálise?).	
09	Tem ou teve doenças dos órgãos genitais masculinos (como fimose, Hidrocele, varicocele, testículo não descido criptorquidia, parafimose, impotência, Impotência (doença de Peyronie, próstata ou de infertilidade entre outras)?).	
10	Tem ou teve doenças do aparelho digestivo (como refluxo, gastroesofágico, hérnia de hiato, varizes de esôfago, esofagite, doença Crohn, cálculo doenças do fígado, doenças dos intestinos hemorroidas, fistulas pólipos, calculo na vesícula doença de pâncreas ou outros).	
11	Tem ou teve doenças infecto contagiosas como hepatite (B e C)? É portador do vírus HIV (AIDS) meningite após hepatites e suas complicações?	
12	Tem ou teve doença maligna, tumorações (como mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, leucemia, linfomas ou outros tipos de câncer)? Faz ou fez quimioterapia ou radioterapia?	
13	Tem ou teve doenças das articulações dos músculos ou ortopédica (articulação da mandíbula, hérnia de disco, artrite, escoliose, artrose, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão do joelho, bico de papagaio, lesão de joelho, desvio de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, ombro ou outras)? Alguma doença reumatológica (lúpus, artrite, reumatoide ou outra)?	
14	Tem algum tipo de hérnia (inguinal, umbilical, bolsa escrotal, incisionais ou outra)?	
15	Tem ou teve doença ginecológica e da mama (como aumento de volume, displasia, nódulo, mioma, perineo, cisto, endometriose, cistos entre outras?).	
16	Tem ou teve doença ginecológica e da mama (como aumento de volume, displasia, nódulo, mioma, perineo, cisto, endometriose, cistos entre outras?).	
17	Tem ou teve doença de mama, ginecológica (nódulos mamários, aumento do volume, cisto de ovário, ovário policístico, endometriose, mioma, perineo, endometriose, infertilidade, displasia, nódulo ou outra)?	
18	Encontra-se internado ou em tratamento?	
19	Tem ou teve doença congênita (desde que nasceu)? Alguma síndrome (Down, Marfan. Microcefalia, Polidactilia ou outra?).	
20	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique.	
21	Tem indicação de submeter se a algum tipo de cirurgia? Especifique	
22	Complicações da gestação, complicações do parto e ameaças de abortamento. Está grávida ou em atraso menstrual?	
23	Doenças e transtornos mentais e psiquiátricos (psicose maniaco - depressiva, depressão esquizofrenia, retardo mental, Ansiedade, alterações/ distúrbios de comportamento uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína e LSD entre outros)?	
24	Doenças do colágeno (autoimune) (como lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras)?	
25	Já sofreu alguma lesão de ordem traumática que tenha deixado algum tipo de seqüela: E, caso positivo quando e que tipo (deformidade, surdez, cegueira, entre outras?).	
26	É portador de qualquer outra doença que não se relaciona OU NÃO SE ENCONTRA DESCRITA nas perguntas anteriores? Se sim, informe a data do diagnóstico e os tratamentos realizados no quadro de informações complementares.	

Se respondeu "SIM", esclareça o motivo especificando o item, data do evento e procedimentos terapêuticos.		INDIQUE NO QUADRO PESO E ALTURA _____ m _____ kg
Nome do(a) médico(a) com quem tenha realizado algum(s) tratamento(s):		Tel: _____

III - Declaração do Contratante

1. Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração Pessoal de Saúde por médico indicado pela Pame. ()
2. Declaro que fui orientado por meu médico particular, não credenciado da PAME, para preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde. ()
3. Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração Pessoal de Saúde, pelo que respondo integralmente. ()

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, que coincidem com a cópia em meu poder. Tenho ciência e manifesto concordância com as disposições constantes do Estatuto Social, Regulamento do Plano escolhido, Carências e Lista de Credenciados, cujos exemplares estão sendo entregues a mim nesta data. São verdadeiras e completas as declarações prestadas por mim, livre e espontânea vontade, comprometendo-me, desde já a prestar toda e qualquer informação adicional que me for solicitada e, autorizo expressamente que médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde remetam à PAME as informações que se fizerem necessárias sobre meu estado de saúde, isentando-os de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. Tenho ciência que das carências previstas no Regulamento e que só terei total cobertura para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Tratamentos de Alta Complexidade relacionados às doenças pré existentes declaradas neste documento, após 24 (vinte e quatro) meses de aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

ANS - nº 31.240-8

Local e Data:

Assinatura do Proponente ou Responsável