

DADOS PARA PROPOSTA DE ADESÃO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nos itens abaixo, responda se você sofre de doenças e/ou de alguma condição.
Se sim, justifique informando a patologia / tratamento / medicamento.

<p>1. Sofre de tumores, sejam benignos e/ou malignos (câncer) qualquer que seja a natureza (inclui-se linfomas, leucemias, entre outros)? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>2. Realiza quimioterapia, radioterapia, braquiterapia? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>3. Sofre de algum tipo de doença neurológica crônica (Alzheimer / Demência / Sequela AVC / Doenças neurodegenerativas / entre outros)? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>4. Está acamado ou apresenta algum tipo de dificuldade de mobilidade? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>5. Sofre de algum tipo de problema vascular (trombose / obstruções arteriais / varizes, entre outros)? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>6. Sofre de algum tipo de problema cardíaco (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, entre outros)? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>7. Possui marcapasso e/ou desfibrilador cardíaco? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>8. Sofre de problemas renais e/ou urológicos (tumores de próstata, por exemplo)? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>

***Obrigatório**

<p>9. Realiza diálise e/ou hemodiálise? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>10. Têm indicação para realizar algum procedimento e/ou cirurgia? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>11. Possui próteses (pinos, placas, parafusos, prótese mamária, prótese auditiva central, entre outros) (exclui-se prótese dentária)? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>12. Utilizou ou utiliza algum tipo de medicamento de alto custo, de acordo com as regras previstas na Lei 9656/98 e resoluções da ANS? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>13. Proponente internado? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>14. Sofre de alguma doença ou tratamento não descrito ou não mencionado acima? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>
<p>15. Proponente em período gestacional? *</p> <p>() Não () Sim</p>	<p>Justifique.</p> <hr/> <hr/>

***Obrigatório**

Estou ciente que medicamentos de alto custo serão fornecidos pela Operadora de acordo com as regras previstas na Lei 9.656/98 e resoluções da ANS, podendo ser aplicadas carências de 730 (setecentos e trinta) dias.

Estou ciente que de acordo com a Lei 9.656/98 e resoluções da ANS não há cobertura obrigatória para atendimento domiciliar.