SAMP
Assistência Médica

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO PROPONENTE

ANS - nº 34.203-3

Validade somente quando acompanhada da Proposta de Adesão no plano

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME	D. Nascimento	R.G.	C.I.C.	Sexo
	/ /			

NOME DA EMPRESA (Se inscrição no plano coletivo ou por adesão):

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Nº Dep.	Nome	D. Nascimento	Parentesco	Sexo
01		/ /		
02		/ /		
03		/ /		
04		/ /		
05		/ /		

DADOS DO RESPONSÁVEL (No caso do titular ser menor de idade):

NOME	D. Nascimento	R.G.	C.I.C.	Sexo
	/ /			

Preencha o questionário abaixo respondendo a todas as perguntas com"sim" ou "não", de acordo com as doenças, sintomas e sinais que apresenta ou apresentou. Caso tenha dificuldades, o médico poderá auxiliá-lo, orientando-o sobre o preenchimento.

Qualquer omissão de sua parte, poderá configurar fraude, sujeitando-o(a) sanções previstas na lei de nº 9.656/98 (Resolução Consu nº 2, de 3 de novembro de 1988, Art. 3º).

Para esclarecimentos e complementação sobre as questões, usar o espaço reservado no verso.

Doenças / Lesões / Sinais / Sintomas / Antecedentes pessoais / Familiar.	S/N	TIT.	DEP 1	DEP 2	DEP 3	DEP 4	DEP 5
1- Tinha outro plano de saúde? Qual?							
2- Clínicas / Hospitais que frequentou?							
3- Já esteve internado / operado / acidente? Quando? Por que?							
4- Gravidez / partos / cesariana / aborto? Quando? Quantos?							
5- Diabetes / Pressão alta / problemas de coração? Quando?							
6- Fumo / álcool / drogas? Quais e quanto?							
7- Problemas de estômago / refluxo / intestino / vesícula / hérnias?							
8- Problemas nos rins / cólicas / cálculos / diálise / hemodiálise? Desde quando?							
9- Problemas de próstata / exames feitos							
10- Problemas ginecológicos / mioma / cisto / nódulo de mama / perda de urina?							
11- Transfusão de sangue / anemias / leucemia / fraqueza / cansaço?							
12- Catarata / uso de óculos / lentes? Para quê? Qual o grau?							
13- Mal de parkinson / doença de alzeheimeir / convulsão / derrame?							
14- Já fez tomografia / ressonância / cateterismo / angioplastias? Quando? Por que?							
15- Que remédios faz uso? Desde quando?							
16- Tem problemas de garganta / ouvido / nariz / adenóide / desvio de septo?							
17- Tem problemas de pulmão / dificuldades para respirar / asma / bronquite / enfisema?							
18- Tem problemas de circulação / varizes / inchaço nas pernas / hemorróidas?							
19- Tem doenças da tireóide / osteoporose?							
20- Tem problemas de coluna / dor / desvio / hérnia?							
21- Faz uso de marca-passo / pinos / placas / parafusos?							
22- Tem doenças contagiosas / tuberculose / AIDS / hepatites / outras?							
23- Peso / altura atuais:							
24- Faz / fez tratamento para câncer / quimioterapia / radioterapia?							
25- Tem / teve alguma doença não mencionada acima? Quais?							

ESPAÇO RESERVADO PARA ESCLARECIMENTOS E COMPLEMENTAÇÃO	
ITEM	

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

- Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meus(s) dependente(s), tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato de assistência médica a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

- Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o art. 1.444 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação de proposta de adesão, perderei o direito ao Contrato, e que estou ciente também, dos dispositivos contidos na Lei n.º 9656/98, que estabelece a obrigatoriedade de comunicar a SAMP Assistência Médica a existência de doenças ou lesões pré-existentes.

Assinatura do Proponente / Responsável: _____

Assinatura do Entrevistador e Carimbo: _____

Data: _____

Esta declaração de Saúde tem validade por 30 (trinta) dias, contados da sua assinatura.

Declaro que:

( ) Fui orientado por médico da SAMP Assistência Médica.
( ) Fui orientado por médico particular.
( ) Dispensei orientação médica para responder as questões.

Para uso do médico da SAMP:

☐ Cobertura parcial temporária - Itens: _____

_____

☐ Grau de agravo: A B C D E F G H I J K