

NOME DO PROPONENTE

DATA DE NASCIMENTO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório preenchimento de próprio punho. Quando a resposta das questões abaixo forem afirmativas, será necessário informar detalhes no campo específico, situado ao término das questões.

ITEM	DESCRIÇÃO	PREENCHER "S" SIM OU "N" NÃO
1	É aposentado(a)? <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Por Invalidez	
2	Está ou esteve afastado(a) do trabalho nos últimos 3 (três) anos, por doença ou acidente? Em caso afirmativo, esclareça o período e o motivo.	
3	Sofre de alguma doença? Em caso afirmativo, esclareça qual e há quanto tempo sofre.	
4	Encontra-se em tratamento médico no momento? Em caso afirmativo, esclareça qual.	
5	Sofre ou já sofreu de algum episódio de pressão arterial aumentada? Foi medicado (a)? Em caso afirmativo, esclareça a data e o medicamento.	
6	Sofre de diabetes? Em caso afirmativo, esclareça qual tipo e se faz uso de algum medicamento/tratamento(especificar).	
7	Já realizou exames que tenham apresentado resultados alterados, tais como ressonância magnética, rx, tomografia, biópsia, ultrassonografia, endoscopia, exames de sangue ou qualquer outro? Em caso afirmativo, anexar os resultados dos exames.	
8	Já foi submetido a internação hospitalar? Em caso afirmativo, esclareça a data, o motivo e o tratamento realizado.	
9	Já realizou quimioterapia, radioterapia ou cobaltoterapia? Em caso afirmativo, esclareça qual, por que e a data inicial.	
10	Você já fez tratamento, recebeu medicação ou esteve internado pelo uso excessivo de álcool nos últimos 5 anos? Em caso afirmativo, esclareça o tratamento.	
11	Faz uso rotineiro de algum medicamento? Em caso afirmativo, citar qual e há quanto tempo.	
12	Tem ou teve alguma doença oftalmológica como catarata, glaucoma, descolamento de retina, ceratocone e outras? Possui deficiência visual mesmo com o uso de óculos ou lentes de contato?	
13	Apresenta miopia, astigmatismo e hipermetropia? Em caso afirmativo, esclareça qual o grau.	
14	Apresenta redução da audição? Em caso afirmativo, anexar a última audiometria realizada.	
15	É portador de redução funcional de algum órgão decorrente de acidente ou doença? Em caso afirmativo, esclareça.	
16	Já recebeu algum tipo de indenização por sociedade seguradora? Quando? <input type="checkbox"/> Invalidez/Pensão <input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Acidentes Pessoais	
17	É tripulante amador ou exerce alguma atividade em qualquer tipo de aeronave? Pratica habitualmente de forma amadora ou profissional, algum tipo de esporte? Em caso afirmativo, esclareça qual o tipo de esporte e com qual frequência é praticado.	
18	É fumante <input type="checkbox"/> Ex-fumante <input type="checkbox"/> Há quanto tempo? _____	
19	Possui outros seguros? Em caso afirmativo, especifique o valor da cobertura e o nome da seguradora. <input type="checkbox"/> Invalidez/Pensão <input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Acidentes Pessoais	

ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL

IDADE	ALTURA	PESO	DATA	MÁX.	MIN.
ANOS	m				

ITEM	ESPECIFICAÇÃO (ESPECIFIQUE O NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA E ETC).

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações por mim prestadas, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei o direito à indenização, caso tenha ocorrido omissão de informações, o que põe em risco a aceitação e validade da solicitação de aumento e/ou inclusão das Coberturas de Risco, conforme previsto no Artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

0859.16.01.1 - OUT/07

NOME DO PROPONENTE

DATA DE NASCIMENTO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório preenchimento de próprio punho. Quando a resposta das questões abaixo forem afirmativas, será necessário informar detalhes no campo específico, situado ao término das questões.

ITEM	DESCRIÇÃO	PREENCHER "S" SIM OU "N" NÃO
1	É aposentado(a)? <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Por Invalidez	
2	Está ou esteve afastado(a) do trabalho nos últimos 3 (três) anos, por doença ou acidente? Em caso afirmativo, esclareça o período e o motivo.	
3	Sofre de alguma doença? Em caso afirmativo, esclareça qual e há quanto tempo sofre.	
4	Encontra-se em tratamento médico no momento? Em caso afirmativo, esclareça qual.	
5	Sofre ou já sofreu de algum episódio de pressão arterial aumentada? Foi medicado (a)? Em caso afirmativo, esclareça a data e o medicamento.	
6	Sofre de diabetes? Em caso afirmativo, esclareça qual tipo e se faz uso de algum medicamento/tratamento(especificar).	
7	Já realizou exames que tenham apresentado resultados alterados, tais como ressonância magnética, rx, tomografia, biópsia, ultrassonografia, endoscopia, exames de sangue ou qualquer outro? Em caso afirmativo, anexar os resultados dos exames.	
8	Já foi submetido a internação hospitalar? Em caso afirmativo, esclareça a data, o motivo e o tratamento realizado.	
9	Já realizou quimioterapia, radioterapia ou cobaltoterapia? Em caso afirmativo, esclareça qual, por que e a data inicial.	
10	Você já fez tratamento, recebeu medicação ou esteve internado pelo uso excessivo de álcool nos últimos 5 anos? Em caso afirmativo, esclareça o tratamento.	
11	Faz uso rotineiro de algum medicamento? Em caso afirmativo, citar qual e há quanto tempo.	
12	Tem ou teve alguma doença oftalmológica como catarata, glaucoma, descolamento de retina, ceratocone e outras? Possui deficiência visual mesmo com o uso de óculos ou lentes de contato?	
13	Apresenta miopia, astigmatismo e hipermetropia? Em caso afirmativo, esclareça qual o grau.	
14	Apresenta redução da audição? Em caso afirmativo, anexar a última audiometria realizada.	
15	É portador de redução funcional de algum órgão decorrente de acidente ou doença? Em caso afirmativo, esclareça.	
16	Já recebeu algum tipo de indenização por sociedade seguradora? Quando? <input type="checkbox"/> Invalidez/Pensão <input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Acidentes Pessoais	
17	É tripulante amador ou exerce alguma atividade em qualquer tipo de aeronave? Pratica habitualmente de forma amadora ou profissional, algum tipo de esporte? Em caso afirmativo, esclareça qual o tipo de esporte e com qual frequência é praticado.	
18	É fumante <input type="checkbox"/> Ex-fumante <input type="checkbox"/> Há quanto tempo? _____	
19	Possui outros seguros? Em caso afirmativo, especifique o valor da cobertura e o nome da seguradora. <input type="checkbox"/> Invalidez/Pensão <input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Acidentes Pessoais	

ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL

IDADE	ALTURA	PESO	DATA	MÁX.	MIN.
ANOS	m				

ITEM	ESPECIFICAÇÃO (ESPECIFIQUE O NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA E ETC).

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações por mim prestadas, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei o direito à indenização, caso tenha ocorrido omissão de informações, o que põe em risco a aceitação e validade da solicitação de aumento e/ou inclusão das Coberturas de Risco, conforme previsto no Artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

0859.16.01.1 - OUT/07