



ASSOCIAÇÃO CIVIL PRÓ-SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL
DE PONTA GROSSA
DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1 DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME: _____	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente
CPF: _____	RG: _____	Data de Nasc.: ____/____/____
Endereço: _____	, nº _____	
CEP: _____ - _____	Cidade: _____	UF: _____
Peso: _____	Altura: _____	

2. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde. Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:

	Sim	Não
2.1 Doenças do Sistema Respiratório (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite, outras). DESCREVA: _____		
2.2 Doenças do Sistema Cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras). DESCREVA: _____		
2.3 Doenças do Sistema Osteomuscular (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, gota, lúpus, tenossinovites, escoliose, lordose e outros). DESCREVA: _____		
2.4 Doenças do Sistema Digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, macrognatismo, prognatismo e outras). DESCREVA: _____		
2.5 Doenças do Sistema Genito Urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças da próstata, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama e outras). DESCREVA: _____		
2.6 Doenças do Sistema Neurológico (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, seqüela de derrame, apneia do sono e outras). DESCREVA: _____		
2.7 Doenças do Sistema Endócrino (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, desnutrição e outras). DESCREVA: _____		
2.8 Doenças infecto contagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e outras). DESCREVA: _____		
2.9 Doenças psiquiátricas (psicose, depressão e outras). DESCREVA: _____		
2.10 Doenças cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia e outras). DESCREVA: _____		
2.11 Doenças hematológicas (anemia, hemofilia, trombocitopenia, trombo filias e outras). DESCREVA: _____		

2.12 Doenças de pele e alérgicas (nevus, hemangiomas, sinais, rinite, urticária, hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto) e outras).		
DESCREVA:		
2.13 Doenças Congênitas (síndrome de Down, más formações) - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros.		
DESCREVA:		
2.14 Doenças do ouvido (surdez, otites, labirintite e outras).		
DESCREVA:		
2.15 Doenças dos olhos (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia e cegueira). Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença: olho direito: _____ olho esquerdo: _____		
DESCREVA:		
2.16 Faz uso de prótese, órtese (pinos, parafusos, placas, fios silicone e outros). A indicação foi estética? Especificar o motivo (a doença), a localização, há quanto tempo e se está fazendo algum tratamento.		
DESCREVA:		
2.17 Realizou alguma cirurgia? Especificar qual a cirurgia, há quanto tempo realizou, se tem sequela decorrente da cirurgia e qual a sequela.		
DESCREVA:		
Comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que o beneficiário entenda importante registrar:		
DESCREVA:		

3. MÉDICO ORIENTADOR

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador*;

Não Médico particular de minha escolha; ou Médico indicado pela PRÓ-SAÚDE

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR: _____ CRM: _____

DATA ___/___/___ ASSINATURA: _____

*Em caso afirmativo, o MÉDICO deverá registrar de próprio punho, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras. Estou ciente que a CONTRATADA poderá solicitar a realização de uma perícia médica, podendo ser ou não acompanhada de exame, para auxiliar na avaliação da declaração de saúde. Ainda, declaro ter ciência do compromisso da CONTRATADA com a proteção dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis e que a CONTRATADA realiza o tratamento de tais dados de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei nº 13.709/2018. Na qualidade de responsável pelo menor de idade (criança ou adolescente) ou incapaz, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações listadas neste instrumento e que tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais destes, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, além do Estatuto da Criança e Adolescente.

DATA: ___/___/___

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

NOME: _____

CPF: _____

4. PARECER DO MÉDICO AVALIADOR

- Não possui doença ou lesão preexistente.
- Com necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente SEM necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente COM necessidade de perícia médica.

CID: _____

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO AVALIADOR

DATA: ____ / ____ / ____.