

**ANEXO III**

**Declaração Pessoal de Saúde - DPS - Modelo A**

**Preenchimento obrigatório para beneficiário já inscrito em algum plano de saúde do Economus**

ANS - no. 34261-1

**Dados do Proponente**

a) Proponente Declarante:	c) CPF:	e) Grau de Parentesco:
b) Proponente Titular do Plano:	d) Matrícula:	Obs. Quando a DPS for do titular, preencher os campos "a" e "b" ao lado com o nome do titular.

**Declaração Pessoal de Saúde (Responder todas as perguntas com "sim" ou "não" por extenso, explicando quando necessário)**

Informações Gerais	Sim / Não	Detalhamento	Observações
1. Sofre ou já sofreu de doenças do ouvido/nariz/garganta e/ou aparelho respiratório? (otite, desvio de septo, adenóide, asma, bronquite, enfisema, outros).		Se Sim, especifique:	
2. Sofre ou já sofreu de diabetes e/ou doenças endócrinas? (tireóide, outros).		Se Sim, especifique:	
3. Sofre ou já sofreu de câncer ou fez tratamento de quimioterapia ou radioterapia? (tumoração, leucemia, linfoma, outros).		Se Sim, especifique:	
4. Sofre ou já sofreu de hérnia de qualquer natureza? (hiatal, inguinal, umbilical, outros).		Se Sim, especifique:	
5. Sofre ou já sofreu de alguma doença infecto-contagiosa? (AIDS, Hepatite, chagas, tuberculose, meningite, outros).		Se Sim, especifique:	
6. Sofre ou já sofreu de anemia, hemofilia, ou outras doenças do sangue?		Se Sim, especifique:	
7. Sofre ou já sofreu de pressão alta ou doença cardíaca ou vascular? (angina, infarto, varizes).		Se Sim, especifique:	
8. Sofre ou já sofreu de seqüela de acidente, moléstia adquirida ou congênita, ou uso de prótese? (marcapasso, pinos, placas, parafusos, outros).		Se Sim, especifique:	
9. Sofre ou já sofreu de úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo? (esôfago, estômago, fígado, vesícula, pâncreas, intestinos, outros).		Se Sim, especifique:	
10. Sofre ou já sofreu de alguma doença reumatológica? (reumatismo, artrite, febre reumática, lupus, esclerose, outros).		Se Sim, especifique:	
11. Sofre ou já sofreu de problemas ortopédicos ou outro distúrbio ósseo ou de membro(s)? (escoliose, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco, outros).		Se Sim, especifique:	
12. Sofre ou já sofreu de doença neurológica? (derrame cerebral, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, paralisia cerebral, outros).		Se Sim, especifique:	
13. Sofre ou já sofreu de alguma doença do aparelho urinário? (cálculo de rins, nefrites, próstata, ureta, outros).		Se Sim, especifique:	
14. Sofre ou já sofreu de algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico? (depressão, esquizofrenia, retardo mental, outros).		Se Sim, especifique:	
15. Sofre ou já sofreu de doenças ginecológicas? (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama, outros).		Se Sim, especifique:	
16. Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica ou transplantes?		Se Sim, especifique:	

ANS - no. 34261-1

**ANEXO III**  
**Declaração Pessoal de Saúde - DPS**

**Dados do Proponente**

<b>a)</b> Proponente Declarante:	<b>c)</b> CPF:	<b>e)</b> Grau de Parentesco:
<b>b)</b> Proponente Titular do Plano:	<b>d)</b> Matrícula:	Obs. Quando a DPS for do titular, preencher os campos "a" e "b" ao lado com o nome do titular.

**Declaração Pessoal de Saúde** (Responder todas as perguntas com "sim" ou "não" por extenso, explicando quando necessário)

Informações Gerais	Sim / Não	Detalhamento	Observações
17. Tem qualquer deficiência auditiva ou visual? (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, outros).		Se Sim, especifique:	
18. Sofre ou já sofreu de outras doenças não mencionadas nesta declaração?		Se Sim, especifique:	
19. Pratica pára-queda, motociclismo, vôo livre, é piloto de automobilístico, é mergulhador(a) ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam as de linhas regulares?		Se Sim, especifique:	
20. Você é tabagista?		Se Sim, especifique:	
21. Faz uso abusivo de álcool ou usa alguma droga ilícita?		Se Sim, especifique:	
22. Foi submetido a algum tratamento cirúrgico?		Se Sim, especifique:	
23. faz uso de alguma medicação de forma rotineira?		Se Sim, especifique:	
24. Peso e altura aproximados.	-----	-----	Peso:                      Altura:

**Orientações Gerais:**

I. Esta Declaração Pessoal de Saúde - DPS está vinculada a Proposta de Adesão ao Plano de Assistência à Saúde NOVO FEAS, sob o registro da ANS nº. 469.503.138, estando o Economus autorizado a solicitar, a qualquer momento, complemento das informações ora declaradas.

II. É importante registrar que para os beneficiários (titulares e dependentes) já inscritos em planos de assistência à saúde administrados pelo Economus, as informações aqui prestadas serão utilizadas somente para fins estatísticos, visto que não serão submetidos a qualquer forma de carência ou suspensão no atendimento assistencial.

Declaro ainda, que as informações contidas nesta Declaração são certas, completas e verdadeiras e foi preenchida pelo(a) Proponente Declarante acima identificado(a), sendo que o proponente titular do plano é responsável por eventuais informações incorretas ou desatualizadas.

\_\_\_\_\_  
**Local e Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Proponente Declarante**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Proponente Titular do Plano**