

Matrícula Funcional _____ Nome do Participante Indicador (sem abreviação) _____ Grau de Parentesco _____

Nome Completo do Indicado/Proponente (sem abreviação) _____ CPF do Indicado _____

Orientações Gerais:

- I. Esta Declaração Pessoal de Saúde - DPS está vinculada à Proposta de Adesão ao Plano de Assistência à Saúde ECONOMUS FAMÍLIA, estando o Economus autorizado a solicitar, a qualquer momento, complemento das informações ora declaradas.
- II. O Indicado Proponente / Responsável Legal confirma que as informações contidas nesta declaração estão corretas, completas e verdadeiras, todavia, havendo omissão, falsidade, inexatidão ou erro no preenchimento do presente questionário pode resultar em cancelamento do beneficiário no plano.
- III. No preenchimento desta declaração, há a opção de ser orientado por médico indicado pelo Economus, sem ônus financeiro.
- IV. A presente declaração será analisada pelo corpo técnico do Economus que emitirá parecer sobre a possibilidade de inscrição do proponente beneficiário ao plano. Portanto o preenchimento e o envio da documentação não caracterizam a inscrição automática do proponente ao plano.
- V. A Declaração de Saúde deve ser preenchida pelo Indicado Proponente ou Responsável Legal, selecionando a opção Sim ou Não nos itens abaixo.
- VI. Todas as respostas afirmativas requerem detalhamento no campo “Especificar”.

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM / NÃO	ESPECIFICAR
1. Sofre ou já sofreu de doenças do ouvido/nariz/garganta e/ou aparelho respiratório? (otite, desvio de septo, adenóide, asma, bronquite, enfisema, outros).		
2. Sofre ou já sofreu de diabetes e/ou doenças endócrinas? (tireóide, obesidade, outros).		
3. Sofre ou já sofreu de câncer ou fez tratamento de quimioterapia ou radioterapia? (tumoração, leucemia, linfoma, outros).		
4. Sofre ou já sofreu de hérnia de qualquer natureza? (hiatal, inguinal, umbilical, outros).		
5. Sofre ou já sofreu de alguma doença infecto-contagiosa? (AIDS, Hepatite, chagas, tuberculose, meningite, outros).		
6. Sofre ou já sofreu de anemia, hemofilia, ou outras doenças do sangue?		
7. Sofre ou já sofreu de pressão alta ou doença cardíaca ou vascular? (angina, infarto, varizes, outros).		
8. Sofre ou já sofreu de sequela de acidente, moléstia adquirida ou congênita, ou uso de prótese? (marcapasso, pinos, placas, parafusos, outros).		
9. Sofre ou já sofreu de úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo? (esôfago, estômago, fígado, vesícula, pâncreas, intestinos, hemorroida, sangramento intestinal, pedra de vesícula, doenças crônicas, outros).		
10. Sofre ou já sofreu de alguma doença reumatológica? (reumatismo, artrite, febre reumática, lupus, esclerose, outros).		
11. Sofre ou já sofreu de problemas ortopédicos ou outro distúrbio ósseo ou de membro(s)? (escoliose, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco, outros).		

INFORMAÇÕES GERAIS	SIM / NÃO	ESPECIFICAR
12. Sofre ou já sofreu de doença neurológica? (derrame cerebral, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, paralisia cerebral, outros).		
13. Sofre ou já sofreu de alguma doença do aparelho urinário? (cálculo ou pedra de rins, nefrites, próstata, uretra, outros).		
14. Sofre ou já sofreu de algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico? (depressão, esquizofrenia, retardo mental, outros).		
15. Sofre ou já sofreu de doenças ginecológicas? (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama, outros).		
16. Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica ou transplantes?		
17. Tem qualquer deficiência auditiva ou visual? (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, outros).		
18. Sofre ou já sofreu de outras doenças não mencionadas nesta declaração?		
19. Pratica paraquedismo, motociclismo, voo livre, é piloto de automobilismo, é mergulhador(a) ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam as de linhas regulares?		
20. É portador (a) de alguma dependência química? (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, tabagismo, entre outras)		
21. Foi submetido a algum tratamento cirúrgico?		
22. Peso e altura aproximados.		Peso: Altura:

- Declarante dispensou a presença de médico orientador.
- Declaração preenchida na presença de médico de minha confiança.
- Declaração preenchida na presença de médico orientador indicado pelo Economus.

Data e Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas.

Declaro ainda que, tenho pleno conhecimento de que declarações não verdadeiras, incompletas e qualquer omissão de informação caracterizam comportamento fraudulento, sujeitando-me as penalidades legais cabíveis.

Local e data

Assinatura do Indicado Proponente ou de seu Responsável Legal

Assinatura do participante indicador

ANS - nº 34261-1