

**Anexo III da Proposta de Adesão Plano de Assistência à Saúde – ECONOMUS FUTURO
Declaração Pessoal de Saúde - DPS - Modelo A**

IMPORTANTE: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do proponente declarante, não tendo o Economus responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja ilegível, rasurado, incompleto/abreviado ou sem assinatura.

* campos obrigatórios

Dados do Proponente		
Nome do Proponente Declarante (sem abreviação)*	CPF*	Grau de Parentesco*
Nome do Proponente Titular (sem abreviação)*	Matrícula*	

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 sequela 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:	

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

Informações Gerais	Sim / Não	Detalhamento	Observações
16. Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica ou transplantes?		Se Sim, especifique:	
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:

Declaro:

- I.** ter conhecimento de que esta Declaração Pessoal de Saúde - DPS está vinculada a Proposta de Adesão ao Plano de Assistência à Saúde ECONOMUS FUTURO, sob o registro da ANS nº 487.608/20-3, estando o Economus autorizado a solicitar, a qualquer momento, complemento das informações ora declaradas.
- II.** ter conhecimento de 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.
- III.** confirmar que as informações contidas nessa 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.
- IV.** ser responsável legal do(s) dependente(s) menores de idade acima indicado(s), em conformidade com o art. 14, § 1º, da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

 Local e Data

 Assinatura do Proponente Titular