

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

 Contrato

Esta declaração é parte do Contrato que ora se assina, válida para os benefícios identificados na **PROPOSTA DE ADMISSÃO**. Estou ciente da minha obrigação de informar esta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou doenças pré-existentes, sob pena de imputação de fraude. Declaro ainda que Resolve Saúde orientou-me para preenchimento da presente declaração.

A omissão de informações sobre Doenças ou Lesão Pré-Existente (DPL) conhecida e não declarada, caso venha a ser comprovada junto à ANS, pode ocasionar a rescisão contratual, assim como será de responsabilidade do beneficiário as despesas realizadas com procedimentos que seriam objetos de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Declaro estar ciente sobre a responsabilidade deste formulário e os riscos de omitir e/ou fraudar qualquer informação solicitada.

	Nomes	Peso	Altura	Idade
T				
D1				
D2				
D3				
D4				
D5				

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas.	Dependentes					
		T	D1	D2	D3	D4	D5
1	APARELHO CIRCULATÓRIO:						
	A Hipertensão (Pressão alta)?						
	B Angina? Infarto?						
	C Febre reumática?						
	D Arritmia cardíaca? Sopro no coração?						
	E Trombose? Flebite?						
	F Acidente vascular cerebral? (derrame)						
	G Varizes? Insuficiência Arterial? Linfangite?						
	H Hemorróidas?						
	I Outra(s), inclusive congênitas? (Especifique)						
2	APARELHO RESPIRATÓRIO:						
	A Rinite? Sinusite?						
	B Bronquite? Asma?						
	C Enfisema Pulmonar?						
	D Covid-19?						
	E Outra(s), inclusive congênitas? (Especifique)						
3	APARELHO DIGESTIVO:						
	A Úlcera?						
	B Hepatite? Especifique						
	C Cirrose?						
	D Cálculo na vesícula?						
	E Colite? Diverticulite?						
	F Hérnias? Especifique local						
	G Doença de Crohn?						
	H Outras, inclusive congênitas? (Especifique)						
4	APARELHO GENITO-URINÁRIO:						
	A Cálculos renais? Nefrite?						
	B Insuficiência renal?						
	C Incontinência urinária (urina solta)?						
	D Infertilidade?						
	E Mioma? Cisto ovário? Ovários Policísticos? Endometriose?						
	F Problema Próstata? Fimose?						
	G Nódulo na mama?						
	H Outras, inclusive congênitas? Especifique						
5	NEURO-PSIQUIÁTRICO:						
	A Epilepsia? Paralisia cerebral?						
	B Parkinson? Alzheimer?						
	C Esquizofrenia?						
	D Depressão?						
	E Outras, inclusive congênitas? Especifique						
6	APARELHO ÓSTEO-MUSCULAR:						
	A Artrite? Artrose? Reumatismo?						
	B Osteoporose? Osteomielite?						
	C Escoliose? Lordose?						
	D Hérnia de disco? (Especifique local da coluna)						
	E Outras, inclusive congênitas? (Especifique)						

