Declaração de Saúde
Pessoa Jurídica

Amico Saúde Ltda.
Rua Gal. Chagas Santos, 314
CEP 04146-050 - Saúde - São Paulo - SP
Tel.: (11) 5593-5020
dix.com.br

Contrato nº A 113 PJ SP	Lei nº 9.656, de 3/6/1998	Nº da Proposta de Adesão

dix SAÚDE

Razão Social

Titular (DØ) | Tel.

O questionário constante no **QUADRO I** deverá ser preenchido de próprio punho pelo titular, em nome próprio e de seu(s) dependente(s), ou pelo responsável quando o titular for menor de 18 anos. Responda com **Sim (S)** ou **Não (N)** as perguntas abaixo relacionadas a você e aos demais dependentes. Caso a resposta para alguma das questões abaixo tenha sido **Sim**, para qualquer um dos beneficiários, esclareça o motivo no **QUADRO II**, especificando o item, o beneficiário e a data do evento.
Em caso de doença preexistente para qualquer um dos beneficiários, o titular ou o contratante responsável deverá optar por cobertura parcial temporária ou agravamento, conforme descrito no contrato.

Quadro I

Item	Questões	DØ	D1	D2	D3	D4	D5
1	Está com problema de saúde ou algo que indique doença?						
2	Usa ou usou medicamento regularmente?						
3	Faz ou fez exames de laboratório regularmente? Quais?						
4	Esteve ou está em tratamento de algum problema crônico?						
5	Já esteve internado (exceto parto)? Para quê?						
6	Tem ginecomastia (aumento da glândula mamária em homens)?						
7	Foi submetido, nos últimos meses, a algum exame radiológico (raio x, ultra-som, tomografia e ressonância magnética, entre outros)?						
8	Possui alguma deficiência física de nascença ou adquirida (de órgãos, membros e/ou sentidos)? Qual?						
9	Está grávida? De quantos meses?						
10	Já realizou ou está realizando tratamento com radioterapia ou quimioterapia?						
11	Sofreu acidente ou teve doença que deixou seqüelas? Quais?						
12	É ou foi obeso? Qual seu peso e altura atuais?						
13	Usa droga ou costuma beber (bebida alcoólica) regularmente? Há quanto tempo?						
14	Tem alguma cirurgia prevista? Qual e para quando?						
15	Encontra-se afastado de suas atividades profissionais? Por quê?						
16	Faz tratamento da mama? Qual?						
17	Fez cateterismo ou angioplastia? Há quanto tempo?						
Tem ou já teve:							
18	Problemas de hérnias (abdominal, incisional, inguinal, umbilical, epigástrica, de disco vertebral, lombar e torácica, entre outros)?						
19	Problemas neurológicos (derrame cerebral, Parkinson, epilepsia, convulsão, tumores, cisticercoses, válvula cerebral e aneurisma, entre outros)?						
20	Problemas mentais e/ou psiquiátricos (depressão, neurose, esquizofrenia, síndrome do pânico e estresse, entre outros)?						
21	Problemas de câncer, diabetes, na tireóide, anemia, mioma uterino e cisto de ovário?						
22	Problemas pulmonares (bronquite, asma, pneumonia, penumotórax, enfisema, Dpoc e tuberculose entre outros)?						
23	Problemas urinários (infecção, cálculos, cisto renal crônico, hemodiálise e transplante de rim)?						
24	Problemas do aparelho digestivo (no estômago, gastrite, úlcera, nos intestinos, no fígado, na vesícula e no ânus)?						
25	Problemas ou malformação congênita e hereditária (desde o nascimento)?						
26	Problemas do aparelho cardiovascular (hipertensão arterial, angina de peito, valvulopatia, aneurisma e varizes das pernas, entre outros)?						
27	Problemas infecciosos e/ou parasitários (otite, amigdalite, sinusite, rinite, alergias, tuberculose, HPV, sífilis, leptospirose, esquistossomose, Chagas, hepatites, toxoplasmose e HIV positivo, entre outros)?						
28	Problemas de visão (miopia, astigmatismo, estrabismo, glaucoma, descolamento de retina, ceratocone e transplante de córnea, entre outros)? Usa óculos ou lentes? Quantos graus? Já fez cirurgia corretiva?						

Quadro II

Item	Benef.	Esclarecimento	Data do início da realização do evento	Item	Benef.	Esclarecimento	Data do início da realização do evento

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi, e nada omiti sobre meu estado de saúde e dos meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da **Amico Saúde Ltda**. informações sobre meu estado de saúde ou moléstia que eu ou meus dependentes tenham sofrido, bem como resultados de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.
Declaro, também, que optei pela alternativa:

☐ Agravo, na forma da legislação vigente.

☐ Cobertura Parcial Temporária - CPT -, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quantro) meses, de acordo com o estabelecido no contrato e na legislação vigente.

Local e data _____ Assinatura do titular ou responsável _____

1ª via: Dix Saúde; 2ª via: contratante.

ANS Nº 306622

PANTONE 295 U