

Nome do (a) Proponente \_\_\_\_\_



Nome do (a) Responsável \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Sofre de tumores, sejam benignos e/ou malignos (câncer) qualquer que seja a natureza (inclui-se linfomas, leucemias, entre outros)?	( ) Não ( ) Sim
2. Realiza quimioterapia, radioterapia, braquiterapia?	( ) Não ( ) Sim
3. Sofre de algum tipo de doença neurológica crônica (Alzheimer / Demência / Sequela AVC / Doenças neurodegenerativas / entre outros)?	( ) Não ( ) Sim
4. Está acamado ou apresenta algum tipo de dificuldade de mobilidade?	( ) Não ( ) Sim
5. Sofre de algum tipo de problema vascular (trombose / obstruções arteriais / varizes, entre outros)?	( ) Não ( ) Sim
6. Sofre de algum tipo de problema cardíaco (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, entre outros)?	( ) Não ( ) Sim
7. Possui marcapasso e/ou desfibrilador cardíaco?	( ) Não ( ) Sim
8. Sofre de problemas renais e/ou urológicos (tumores de próstata, por exemplo)?	( ) Não ( ) Sim
9. Realiza diálise e/ou hemodiálise?	( ) Não ( ) Sim
10. Tem indicação para realizar algum procedimento e/ou cirurgia?	( ) Não ( ) Sim
11. Possui próteses (pinos, placas, parafusos, prótese mamária, prótese auditiva central, entre outros) (exclui-se prótese dentária)?	( ) Não ( ) Sim

12. Utilizou ou utiliza algum tipo de medicamento de alto custo, de acordo com as regras previstas na Lei 9656/98 e resoluções da ANS?	( ) Não ( ) Sim
13. Proponente internado?	( ) Não ( ) Sim
14. Sofre de alguma doença ou tratamento não descrito ou não mencionado acima?	( ) Não ( ) Sim
15. Proponente em período gestacional?	( ) Não ( ) Sim

Tenho ciência que os medicamentos de alto custo serão fornecidos pela Operadora de acordo com as regras previstas na Lei 9.656/98 e resoluções da ANS, podendo ser aplicadas carências de 730 (setecentos e trinta) dias.

Estou ciente que de acordo com a Lei 9.656/98, e resoluções da ANS não há cobertura obrigatória para atendimento domiciliar.

### Condições do preenchimento da Declaração de Saúde

- Declaro que fui orientado por médico credenciado pela Prevent Senior, sem custo algum.
- Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.
- Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder às perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Local e Data

Assinatura do (a) Proponente  
ou Responsável

Assinatura do (a) Médico (a)  
Responsável