

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

(Titular, dependentes e agregados)

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1.A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes como sendo aquelas que o beneficiário, ou seu responsável legal, tenha conhecimento no momento da adesão aos beneficiários do Mato Grosso Saúde.
- 2.O Mato Grosso Saúde reserva o direito de solicitar perícia médica com o objetivo de dirimir possíveis dúvidas quanto à existência ou não de doenças ou lesões preexistentes no beneficiário ou quaisquer de seus dependentes, direito este com o que o beneficiário titular, neste ato, apõe o seu 'DE ACORDO'.
- 3.A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, pode acarretar a suspensão ou cancelamento de sua condição de beneficiário.

BENEFICIÁRIO												SEXO		DATA NASC.	
Titular												() M () F			
Dep.() Agreg.() 01												() M () F			
Dep.() Agreg.() 02												() M () F			
Dep.() Agreg.() 03												() M () F			
Dep.() Agreg.() 04												() M () F			
Dep.() Agreg.() 05												() M () F			
ITENS			TITULAR		DEP/AGREG 01		DEP/AGREG 02		DEP/AGREG 03		DEP/AGREG 04		DEP/AGREG 05		
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
1. Nasceu com algum problema ou malformação?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
2. Sofreu algum tipo de acidente?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
3. Já foi submetido a alguma cirurgia?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
4. Já foi internado alguma vez?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
5. Tem alguma prótese, platina, fio ou parafuso?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
6. Sofre ou sofreu de diabetes?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
7. Tem ou teve problema de ossos ou articulações?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
8. Sofre ou já sofreu de doença de esôfago, estômago, intestino, fígado ou vesícula?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
9. Sofre ou já sofreu de hérnia (de qualquer natureza)?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
10. Sofre ou já sofreu de doença cardíaca, circulatória ou hipertensão arterial?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
11. Tem varizes, hemorroidas ou doença das artérias?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
12. Sofre ou já sofreu de cálculo renal, doença dos rins, bexiga, próstata, uretra ou perda de urina ?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
13. Sofre ou já sofreu de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infectocontagiosas (AIDS, hepatite, tuberculose, etc)?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
14. Sofre ou sofreu de doença neurológica ou psiquiátrica?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
15. Sofre ou já sofreu de alguma doença do pulmão ou dificuldade respiratória?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
16. Tem problemas dos olhos? Miopia, astigmatismo ou outros?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
17. Tem ou teve problema de ouvido, nariz, garganta ou alergia?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
18. Sofre ou já sofreu de câncer?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
19. Tem ou teve doença de mama, útero ou ovário?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
20. Faz ou fez uso de drogas ilícitas?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
21. Teve perda de peso recentemente?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
22. Tem indicação de algum tratamento clínico ou cirúrgico que não tenha sido realizado?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
23. Faz uso habitual de algum medicamento? Por quê?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
24. Submete-se ou submeteu-se a tratamento psicológico por dependência química (álcool, drogas)?			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
25. Sofre ou já sofreu de doenças do sangue ou submeteu-se a alguma transfusão deste ou de seus			()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	

