



Nome do Beneficiário: _____

Patrocinadora: _____ Sexo: _____ Idade: _____

DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DO BENEFICIÁRIO

Itens	Questões	Respostas
1	Existe algum impedimento de estar em plena atividade física ou intelectual, incapacitado para o trabalho? O que?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2	Se do sexo feminino está grávida?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3	Faz uso freqüente de bebidas alcoólicas, fumo ou drogas? Quais?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4	Possui lesão ou seqüela decorrente de algum acidente pessoal? Qual?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5	Está internado? Já esteve internado? Qual hospital? E por qual motivo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
6	Tem doença ou lesão que ainda requer tratamento? Descreva-as.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7	Tem doença que o obriga a receber sangue? Qual?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8	Qual seu peso? _____ kg Qual a sua altura? _____ M	
9	Sofre alguma doença do aparelho cardiovascular (pressão alta, dor no peito, infarto, varizes, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
10	Sofre alguma doença do aparelho respiratório (alergia, asma, bronquite, tosse, pneumonia de repetição, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
11	Sofre alguma doença do aparelho gastrointestinal (gastrite, úlcera, cirrose, cálculo na vesícula, diverticulite, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
12	Sofre alguma doença infecciosas e parasitárias (tuberculose, esquistossomose, hepatite, chagas, dengue, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
13	Sofre alguma doença do aparelho urinário (pedra nos rins, infecções urinárias, insuficiência renal, rim policístico, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
14	Sofre alguma doença do sangue (anemia, talassemia, leucemia, hemofilia, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
15	AIDS e/ou complicações infecciosas, neoplásicas, câncer ou degenerativas decorrentes da infecção pelo HIV.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
16	Sofre alguma doença ou lesão na cabeça, olhos, ouvidos, no nariz e na garganta (amigdalites, desvio de septo nasal, diminuição da audição, sinusite, mastoidite,	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
17	Sofre alguma doenças de má formação do nascimento.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
18	Sofre alguma doença nos braços ou pernas (ortopédicas) ou articulares (dores nas costas, osteoporose, artrite, fraturas, reumatismos, escoliose, hérnia de disco, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
19	Sofre alguma doença devido a complicações no parto (cistocele, retocele, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
20	Hérnias (inguinal, umbilical, incisional, hiato, de disco, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
21	Sofre alguma doença ginecológicas e das mamas (mioma, cisto de ovário, nódulo nas mamas, lesão em mamilo, aumento das mamas, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
22	Sofre alguma doença dos órgãos genitais masculinos (fimose, prostatismo, hipospádia, testículos retrátil, etc).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
23	Sofre alguma doença do metabolismo e endócrinas (diabetes, tireóide, obesidade)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

