

 <b>Bradesco Saúde Empresarial</b> <b>Cartão Proposta do Grupo Familiar</b>						
Estipulante:		Tipo:		Cia:	Contrato:	Subfatura:
Sociedade Brasileira de Física						
<b>1. Dados do titular</b>						
Nome Titular:				Data de Nascimento:	Matrícula Funcional:	
Nome da Mãe do Titular:						
Data de Admissão:	Sexo:	1 - masculino 2 - feminino	Estado Civil:	1 - solteiro 2 - casado	3 - viúvo 4 - outros	CPF:
Data de Início de Vigência:	Cargo / Ocupação:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:		
Nome do Responsável (se titular menor de idade):				Matrícula Especial:		
<b>2. Endereço residencial do titular (para correspondência)</b>						
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.) nº e complemento (andar, sala, aptº, etc.):						
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:		
<b>3. Dados do plano</b>						
Código do Plano:	Código da região :	Nome do Plano:				
<b>4. Dados de angariação</b>						
Cod. Angariador na Cia.:		Data da Angariação:				
<b>5. Dependentes</b>						
Sexo:		Estado Civil:		Parentesco:		
1 - masculino    2 - Feminino		1 - solteiro    3 - viúvo 2 - casado    4 - outros		3 - mãe    6 - sogra 1 - cônjuge/companheira    4 - pai    7 - tutelado 2 - filho(a)    5 - sogro    8 - outros		
Código:	Nome:	Data de Nascimento:	Sexo:	E. Civil:	Parentesco:	CPF:
<b>01</b>						
Nome Mãe						
<b>02</b>						
Nome Mãe						
<b>03</b>						
Nome Mãe						
<b>04</b>						
Nome Mãe						
<b>05</b>						
Nome Mãe						
<b>06</b>						
Nome Mãe						
<b>07</b>						
Nome Mãe						
Data:	02/08/2004					
Solicitante:						



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

**1. Sofre de diabetes?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, o uso de insulina e as complicações a ela associadas.

Sim  
Não

**2. Sofre ou já sofreu de alguma doença endócrina, tal como tireóide, obesidade e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**3. Sofre ou já sofreu de câncer?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período do tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).

Sim  
Não

**4. Sofre ou já sofreu de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tais como Aids, doenças venéreas, hepatites, meningites, tuberculose e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**5. Submeteu-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia?**

Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.

Sim  
Não

**6. Sofre ou já sofreu de hérnia, tais como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras?**

Se sim, informe a data da cirurgia.

Sim  
Não

**7. Sofre ou já sofreu de alguma doença cardiovascular, tal como hipertensão arterial, angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.

Sim  
Não

**8. Sofre ou já sofreu de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**9. Sofre ou já sofreu de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**10. Sofre ou já sofreu de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**11. Sofre ou já sofreu de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, hérnia de disco, artrose e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**12. Sofre ou já sofreu de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**13. Sofre ou já sofreu de doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**14. Sofre ou já sofreu de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado ( medicamento e/ou psicoterápico) e o período de tratamento.

Sim  
Não

**15. Sofre ou já sofreu de doenças do sangue, tais como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim  
Não

**16. Submeteu-se ou submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados?**

Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.

Sim  
Não

**17. Sofre ou já sofreu de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.

Sim  
Não

**18. Sofre ou já sofreu de alguma doença ginecológica, tais como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras?**

Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Sim

	<u>Não</u>
<b>19. Sofre ou já sofreu de alguma doença urológica, ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras?</b> <i>Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>20. Possui alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária?</b> <i>Se sim, informe qual..</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>21. É portador de varizes?</b> <i>Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>22. Tem ou teve alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente?</b> <i>Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de seqüela.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>23. Submeteu-se a algum tratamento cirúrgico para implante de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent?</b> <i>Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>24. Submeteu-se ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante?</b> <i>Se sim, informe a data do transplante ou a data da indicação do transplante e o tipo de transplante.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>25. Está grávida?</b> <i>Se sim, informar tempo de gravidez.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>26. Tem qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos?</b> <i>Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>27. Submeteu-se a consulta médica nos últimos 12 meses?</b> <i>Se sim, informe o motivo, o nome do médico e a especialidade.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>28. Submeteu-se a exames complementares ( laboratório, raio- x, ultra-sonografia), nos últimos 12 meses?</b> <i>Se sim, informe o tipo e eventuais anormalidades de tratamento.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>29. Faz uso habitual de algum medicamento?</b> <i>Se sim, informe especificadamente o tipo e o período de tratamento.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>30. Sofre ou já sofreu de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores que o tenha obrigado a se submeter a algum tratamento médico, hospitalar ou afastar-se de suas atividades normais?</b> <i>Se sim, informe tipo e a data do tratamento realizado.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>31. Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico?</b> <i>Se sim, informe-o especificadamente.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>32. Tem indicação para submeter-se proxivamente a algum tratamento cirúrgico?</b> <i>Se sim, informe-o especificadamente.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>33. Já teve proposta de plano de saúde, seguro saúde e/ou seguro de vida recusada ou adiada?</b> <i>Se sim, informe o tipo de proposta e o motivo.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>34. Perdeu mais de 10% do seu peso corporal, no últimos 3 anos?</b> <i>Se sim informe quantos quilos.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>35. Algum membro da família possui diabetes, câncer, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, asma ou enfisema?</b> <i>Se sim, favor discriminar o grau de parentesco (se pai, mãe e irmãos) e o tipo de doença.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>36. Pratica atividade física?</b> <i>Se sim informe qual.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>
<b>37. É fumante?</b> <i>Se sim, informe a quantidade/dia.</i>	<u>Sim</u> <u>Não</u>

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2002.

Ass: \_\_\_\_\_.

Por favor, preencha a autorização abaixo para que possamos debitar as mensalidades referentes ao seu seguro no seu cartão de crédito VISA.

À  
SBF

Autorizo o débito das mensalidades do meu SEGURO SAÚDE BRADESCO/SBF e de meus dependentes no:

Cartão de crédito VISA nº \_\_\_\_\_,

com a validade em \_\_\_\_\_.

Nome do  
segurado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Titular do VISA (este campo só deve ser preenchido se o cartão Visa não pertencer ao segurado titular)

Titular do VISA  
(nome): \_\_\_\_\_

ass.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_