



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

_____, _____ de _____ de 2002.

Ass: _____.

Bradesco Saúde Empresarial
Cartão Proposta do Grupo Familiar

Estipulante:	Tipo:	Cia:	Contrato:	Subfatura:
Sociedade Brasileira de Física	3	571	7799	

1. Dados do titular

Nome:		Data de Nascimento:		Matrícula Funcional:	
Data de Admissão:	Sexo:	1 - masculino 2 - feminino	Estado Civil:	1 - solteiro 2 - casado	3 - viúvo 4 - outros
Data de Início de Vigência:		Cargo / Ocupação			
Nome da Mãe				Matrícula Especial:	
PIS / PASEP					

2. Endereço residencial do titular (para correspondência)

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.) nº e complemento (andar, sala, aptº, etc.):					
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:	

3. Dados do plano

Código do Plano:	Nome do Plano:
------------------	----------------

4. Dados de angariação

Cod. Angariador na Cia.:	Data da Angariação:
--------------------------	---------------------

5. Dependentes

Sexo:	Estado Civil:	1 - solteiro	3 - viúvo	Parantesco:	3 - mãe	6 - sogra
1 - masculino	2 - Feminino	2 - casado	4 - outros	1 - cônjuge	4 - pai	7 - tutelado
				2 - filho(a)	5 - sogro	8 - outros
Código:	Nome:	Data de Nascimento:	Sexo:	E. Civil:	Parentesco:	CPF:
01						
Nome Mãe						
02						
Nome Mãe						
03						
Nome Mãe						

Data:
Solicitante:

Seguro Saúde Bradesco/SBF

Fax: (011) 3034-0429 / Ramal 106

À
SBF

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

Cartão de crédito VISA nº _____ - _____ - _____ - _____

Código de Segurança nº _____.

Validade ____/____.

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): _____

(assinatura): _____.

Data: ____/____/____.