

DADOS PARA PROPOSTA DE ADESÃO

***Obrigatório**

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nos itens abaixo, responda se você sofre de doenças e/ou de alguma condição:

Sofre de câncer, tumor de qualquer natureza ou Leucemia?* <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, indique o tipo: _____ _____ _____
Sofre de doença renal com necessidade de realizar diálise?* <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Campo para observações _____ _____ _____
Possui alguma cirurgia indicada e/ou agendada?* <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, qual (quais): _____ _____ _____
Faz uso de algum medicamento de alto custo obrigatório, de acordo com as regras previstas na Lei nº 9.656/98 e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?* <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, indique abaixo os medicamento(s) que faz uso: _____ _____ _____
Faz uso de marca-passos ou desfibrilador cardíaco? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, desde quando: _____ _____ _____
Faz uso de órteses ou realizou implante de próteses (exceto prótese dentária)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se sim, desde quando: _____ _____ _____

Estou ciente de que medicamentos de alto custo serão fornecidos pela Operadora de acordo com as regras previstas na Lei nº 9.656/98, e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), podendo ser aplicada a carência de 720 (setecentos e vinte) dias.

Estou ciente, ainda, de que, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não há cobertura obrigatória para atendimento domiciliar.