

## Avaliação Pré-Admissional

Nome do Titular \_\_\_\_\_

Nº. de Inscrição \_\_\_\_\_

Dados da pessoa a ser inscrita no plano:

Nome \_\_\_\_\_

D. Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo ( ) M ( ) F Idade \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ Data Expedição \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Cidade Naturalidade \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o titular \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Nome da mãe \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Tel. Res. \_\_\_\_\_ Tel. Com. \_\_\_\_\_ Tel. Cel. \_\_\_\_\_

E-mail part. \_\_\_\_\_ E-mail com. \_\_\_\_\_

Pertence ou fez parte de algum plano de saúde nos últimos 30 dias? ( ) Sim ( ) Não

Data de ingresso no plano \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

### Declaração de Saúde (Nos termos do Art. 11 Lei 9656/98 da Ag. Nac. de Saúde Suplementar)

Peso Atual \_\_\_\_\_ Kg Altura \_\_\_\_\_ m P.A. \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Mm Hg

Pressão Arterial

Sofre ou sofreu de alguma das seguintes doenças?	Realiza acompanhamento Médico		Ano do diagnóstico
	Sim	Não	
Doenças vasculares como trombose, varizes, aneurismas, etc. Qual?			
Doenças pulmonares como bronquite, asma, enfizema, edema de pulmão, pneumonia, etc. Qual?			
Doenças do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, esofagite, colite, hepatite, cirrose, etc. Qual?			
Doenças cardíacas como pressão alta, angina, sopro, infarto, palpitação marca-passo, mal formações, etc. Qual?			
Doenças neurológicas como Mal de Parkinson, Alzheimer, hidrocefalia, derrame cerebral, aneurisma cerebral, paralisias. Qual?			
Doenças endocrinológicas como diabetes, hipotireoidismo, hipertireoidismo, obesidade mórbida, etc. Qual?			
Doenças renais como insuficiência renal, nefrite, cálculo renal, etc. Qual?			

**Declaração de Saúde** (Nos termos do Art. 11 Lei 9656/98 da Ag. Nac. de Saúde Suplementar)  
(continuação)

Sofre ou sofreu de alguma das seguintes doenças?	Realiza acompanhamento Médico		Ano do diagnóstico
	Sim	Não	
Doenças ortopédicas como gota, escoliose, tendinites, dores na coluna, osteoporose, reumatismo, artrose, osteomielite, etc. Qual?			
Doenças psiquiátricas, depressão ou outra desordem emocional, etc. Qual?			
Possui moléstia ou mal formação congênita? Qual?			
Possui câncer ou tumor em geral? Qual?			
É soro positivo / portador do vírus da AIDS?			
Possui ou já possuiu doenças de próstata, pênis e testículos?			
Possui ou já possuiu doenças ginecológicas do útero, ovário e vagina?			
Possui ou já possuiu alguma doença NÃO especificada anteriormente? Qual?			

## II - Internações e cirurgias

Já esteve internado? ( ) Sim ( ) Não Quantas vezes \_\_\_\_\_ Ano da Última Internação \_\_\_\_\_  
( ) Internação Clínica ( ) Internação Cirúrgica Motivo/Diagnóstico \_\_\_\_\_  
( ) Internação Clínica ( ) Internação Cirúrgica Motivo/Diagnóstico \_\_\_\_\_

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente de estar sujeito a medidas legais se houver distorção ou omissão em quaisquer dos itens desta declaração de Saúde ( Art.11 Lei 9656/98 da ANS).

Declaro ainda que estou disposto(a) a apresentar resultados de exames ou a me submeter aos exames médicos que me forem solicitados visando minha adesão ao Serviço de Assistência à Saúde da Afresp - **Amafresp**.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do sócio titular

Assinatura do declarante

## Uso exclusivo da Amafresp

Avaliação Técnica: \_\_\_\_\_

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

Auditor \_\_\_\_\_

Autorização para Inscrição: \_\_\_\_\_

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

Diretor \_\_\_\_\_