

**INTENÇÃO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE HOSPITALAR
(ISENTO DE TAXA DE ADESÃO)**

	DEVE SER PREENCHIDA PELO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL, SEM RASURAS		“Sim ou Não”
01	Sofre ou sofreu de problemas de veias ou artérias, como varizes, aneurismas, etc?	01	
02	Sofre ou sofreu de problemas do coração e/ou pressão alta, angina, infarto, válvula, etc?	02	
03	Sofre ou sofreu de problemas de glândulas como tireoide, diabetes, etc?	03	
04	Sofre ou sofreu de problemas gástricos, como gastrite, úlcera, vesícula, problemas no fígado e pâncreas, esofagite, etc?	04	
05	Sofre ou sofreu de problemas de hérnias de qualquer tipo?	05	
06	Sofre ou sofreu de problemas de intestino, como úlcera duodenal, hemorroida, constipação, colite, diarreia, etc?	06	
07	Sofre ou sofreu de problemas renais e/ou urinários, como cálculos, bexiga, uretra, próstata, dificuldade para urinar, etc?	07	
08	Sofre ou sofreu de problemas neurológicos e/ou psiquiátricos, como AVC (derrame), epilepsia, convulsão, Parkinson, Alzheimer, tontura, esquecimento, dependência química (álcool ou drogas), etc?	08	
09	Sofre ou sofreu de problemas de ouvidos, nariz e garganta, como labirintite, diminuição da audição, roncoss, etc?	09	
10	Sofre ou sofreu de problemas pulmonares e/ou respiratórios, como asma, bronquite, enfisema, tuberculose, etc?	10	
11	Sofre ou sofreu de problemas ortopédicos, como artrose, artrite, osteoporose, hérnia de disco, fratura, etc?	11	
12	Sofre ou sofreu de problemas ginecológicos e/ou mastológicos, como miomas, cistos de ovário, nódulos de mama, incontinência urinária, etc?	12	
13	Sofre ou sofreu de problemas de câncer, tumor de qualquer natureza, leucemia ou anemia?	13	
14	Sofre ou sofreu de hepatite ou Aids?	14	
15	Sofre ou sofreu de insuficiência renal e/ou foi submetido a diálise?	15	
16	Já sofreu alguma internação clínica e/ou intervenção cirúrgica ou tem alguma cirurgia indicada?	16	
17	Sofre ou sofreu doenças oftalmológicas, como redução da visão, catarata ou glaucoma?	17	
18	Proponente em período gestacional?	18	
19	Proponente acamado?	19	
20	Proponente faz uso de <i>Home Care</i> ?	20	

Utilize as linhas abaixo para informar sobre outras doenças do seu conhecimento e/ou para especificar o problema cuja resposta à pergunta acima foi afirmativa (informe datas, tratamento, sinais e tudo o mais que julgar ser importante para avaliação médica).
