

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		Sim
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		Sim
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 _____