IASEP

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº Adesão:

A Declaração consiste no registro de informações sobre as doenças ou lesões que o segurado seja portador, das quais tenha conhecimento no momento da adesão / inscrição, com relação a si e aos seus dependenteslegais no IASEP.

1. Declaração de Saúde de Titular e Dependentes

Declaro, ser eu, ou meu(s) dependente(s) indicado(s), portador de doenças ou lesões, pré - existentes sob consequência de imputar-me as penalidades previstas no regulamento Assistencial do IASEP.

Item	Responda as questões, assinalando (S) para afirmativas e (N) para negativas.	Titular	Dependentes					
			1	2	3	4	5	6
01	Portador ou tem sequela de doença infecto-contagiosa? Ex: AIDS, Hepatite, Tuberculose, etc.							
02	Portador ou tem sequela de doenças neurológicas? Ex: AVC, epilepsia, aneurisma, etc.							
03	Portador ou tem sequela de doenças respiratórias? Ex: asma, enfisema, bronquite, etc.							
04	Portador ou tem sequela de doenças hematológicas/sangue? Ex: leucemia, anemia falciforme, púrpura, hemofilia, etc.							
05	Portador ou tem sequela de doenças ortopédicas ou do aparelho locomotor? Ex: hérnia de disco, joelhos, halux valgo (joanete), osteomielite, escoliose, etc.							
06	Portador ou tem sequela de doenças circulatórias? Ex.: varizes, trombose venosa ou arterial, aneurisma, etc.							
07	Portador ou tem sequela de doenças cardíaca ou vasculares? Ex.: valvulopatia, Doença de Chagas, coronariopatia, pressão alta, arritmia ou outras.							
07.1	Recebeu recomendação ou indicação para Angioplastia ou outros procedimentos cardíacos?							
08	Portador ou tem sequela de doença renal? Ex.: cálculo, hidronefrose, insuficiência renal, etc.							
08.1	Faz ou fez tratamento por hemodiálise ou diálise peritonial?							
08.2	Portador de doença com possibilidade de transplante renal?							
09	Portador ou tem sequela de doença urinária ou prostática? Ex.: infecção urinária crônica, incontinência urinária, alteração da próstata ou outras							
10	Portador ou tem sequela de doença psiquiátrica? Ex.: depressão, esquizofrenia ou outras							
11	Portador ou tem sequela de doença ginecológica? Ex.: mioma ou fibroma uterino, cistos de ovário, endometriose ou outras.							
12	Portador ou tem sequela de doença reumática? Ex.: febre reumática, artrite reumatóide, etc.							
13	Portador ou tem sequela de doença endócrino? Ex.: diabetes, hiper ou hipotireoidismo, obesidade mórbida ou outras.							
14	Portador ou tem sequelas de doenças do aparelho digestivo? Ex.: gastrite, úlcera, cálculo vesícula, cirrose hepática, doença diverticular, hemorróidas ou outras.							
14.1	Teve hemorragia ou sangramento digestivo?							
15	Portador e/ou apresenta sequelas de doença neoplásica? (tumores ou câncer)							

IASEP

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ

16	É portador ou apresenta sequela de doenças ou mal formações congênitas? S. DOWN, cardiopatias, hipospadia e/ou outras.							
17	Teve algum acidente ou traumatismo com sequela ou necessite de acompanhamento médico?							
18	Portador ou tem sequela de doenças oftalmológicas (ou deficiência visual)? Ex.: miopia, astigmatismo, catarata, glaucoma, problema de retina ou outras.							
19	Portador ou tem sequela de doenças otorrinolaringológicas(boca, nariz e ouvido)?. Ex.: adenóide, hipertrofia de amígdala, desvio septo nasal ou outras							
20	É fumante? Quantos cigarros por dia? _____							
21	Faz consulta médica especializada habitualmente? Qual?_____ Há quanto tempo?							
22	É ou foi usuário de bebida alcoólica? Com que frequência? _____							
23	Foi internado por doença clínica ou cirúrgica nos últimos 12 (doze) meses? Especificar o tratamento realizado_____							
24	Tem previsão de se submeter a cirurgia nos próximos meses?Qual?_____							
25	Tem ou teve indicação de uso de materiais de órtese e prótese? Ex.: marca passo, stent.							
26	Sofre(u) de alguma doença, fez ou está fazendo tratamento não especificado acima que possa alterar o preenchimento desta Declaração de Saúde? Especificar._____							

Nos casos afirmativos, declaro a patologia, o tratamento e o tempo de evolução, bem como tenho plena consciência de ter entendido cada item citado:

Item	Proponente Titular e / ou dependente	Data do Evento	Especificações

Ref. 02033-1

2. Disposições Finais:

☐ ***Declaro ter conhecimento das perguntas da Declaração de Saúde acima e que dispensei orientação médica para respondê-las assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas.***

☐ ***Declaro que solicitei orientação de médico do IASEP no preenchimento da Declaração de Saúde acima.***

_____
MÉDICO / CRM

☐ ***Declaro que fui orientado (a) por médico assistente no preenchimento da Declaração de Saúde acima.***

_____ _____/_____/_____.
LOCAL DATA

_____ _____
ASSINATURA / NOME (Titular) SERVIDOR DO IASEP (Matrícula)