



ITENS	TITULAR		DEPENDENTE 1		DEPENDENTE 2		DEPENDENTE 3		DEPENDENTE 4	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
24. Sofre ou já sofreu de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a se submeter a algum tratamento médico ou hospitalar?	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25. Submeteu-se a algum tratamento à base de quimioterapia, radioterapia ou diálise?	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26. Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

**Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos itens anteriores, indique abaixo o número correspondente, o nome do usuário, a especificação e o período da doença/enfermidade/evento.**

ITEM	Titular /Dependente	Especificação	CID 10

#### DECLARAÇÕES GERAIS

I. Declaro para todos os fins que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo sua inteiramente responsabilidade.

II. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no cumprimento das carências poderá ser considerada como ato fraudulento, podendo implicar no cancelamento ou suspensão do direito à utilização dos benefícios assistenciais disponibilizados pelo Sistema IPE Saúde, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos realizados para tratar as doenças ou lesões preexistentes.

III. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação complementar que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde a enviar ao IPE Saúde as informações de que necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Local: _____	Assinatura do titular: _____
Data: ____/____/____	