

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE – DPS

Qualificação do Requerente (Participante/Titular)

Nome				
Matrícula	Data de Nascimento	Peso (Kg)	Altura (m)	Sexo
				() Masculino () Feminino
Plano Previdencial			Adesão ao Plano de Saúde	
Adesão Plano CD () Vinculado Plano BD ()			() SIM () NÃO	

Declaração Pessoal de Saúde/Entrevista Qualificada

Marque com um “X” a opção escolhida em relação à orientação médica para o preenchimento deste Formulário de Declaração Pessoal de Saúde – DPS. Em se tratando de ADESÃO AO PLANO MISTO I DE BENEFÍCIOS – CompesaPrev CD fica **OBRIGATÓRIA** a orientação pelo Médico Auditor do CompesaSaúde ou outro, por ele indicado.

Ser orientado (a) pelo Médico Auditor do CompesaSaúde.

Ser orientado (a) por médico (a) designado (a) pelo CompesaSaúde, sem ônus financeiro.

Ser orientado (a) por médico (a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade (Exclusivo adesão CompesaSaúde, para vinculados ao Plano BD).

Dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações (Exclusivo adesão CompesaSaúde, para vinculados ao Plano BD).

O preenchimento deve ser realizado de acordo com a opção escolhida, através de entrevista qualificada com a orientação médica (adesão Plano CD), ou pelo requerente, quando dispensar a presença do médico orientador (exclusivo adesão Plano de Saúde), assinalando **SIM**, caso esteja ciente que é portador de tal patologia, especificando no espaço reservado. Caso não tenha a patologia, assinale **NÃO**.

Descrição da Doença	SIM	NÃO	Qual/Especificar
1. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e plástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme), leucemia ou outra?			
2. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro?			
3. É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?			
4. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?			
5. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, lesão de retina (descolamento), ou tem necessidade de transplante de córnea?			
6. É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras?			
7. É portador(a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.			
8. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra?			

Descrição da Doença	SIM	NÃO	Qual/Especificar
9. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea), hérnias ou desvios?			
10. É portador(a) de alguma doença das artérias (carótidas, aorta, femoral), aneurisma, obstrução ou outras?			
11. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.), insuficiência, arritmias ou sopro?			
12. É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose, chron ou outra?			
13. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?			
14. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, sequela de AVC, tumores, paralisia, meningite, doenças degenerativas ou outras?			
15. É portador(a) de alguma doença da próstata (para os homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?			
16. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, sequela de fraturas ou outra?			
17. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose, bronquites ou outra?			
18. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?			
19. É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?			
20. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local.			
21. É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas, síndromes genéticas (Down), má absorção?			
22. É portador(a) de algum tipo de câncer(neoplasia maligna)? Especificar o ano do diagnóstico.			
23. Fez quimioterapia ou radioterapia? Especifique.			
24. É portador(a) de obesidade órbida?			
25. É portador (a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?			
26. É portador(a) de alguma doença infectocontagiosa, como chagas, tuberculose, meningite ou outra?			

Descrição da Doença	SIM	NÃO	Qual/Especificar
27. É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?			
28. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarenal? Especificar glândula e doença.			
29. É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra?			
30. É portador(a) de alguma doença mental, distúrbios psiquiátricos ou psicológicos?			
31. Possui alguma seqüela decorrente de acidente de qualquer natureza?			
32. Possui indicação para algum tipo de cirurgia?			

Se desejar, utilize o espaço abaixo para tecer alguns comentários adicionais sobre as perguntas formuladas.

DECLARAÇÃO

O requerente aqui qualificado DECLARA que as informações acima são a expressão da verdade e reconhece o direito da FUNDAÇÃO COMPESAPREV/COMPESASAÚDE de solicitar a convocação do participante/titular, em qualquer época, para captação de informações adicionais, realização de exames ou perícias, após preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde ou Entrevista Qualificada. Declara, ainda, estar ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador (a), no momento do preenchimento deste Formulário de Declaração Pessoal de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato do Plano de Saúde. Nesse caso, o requerente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da COMPESAPREV/COMPESASAÚDE, alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada. O requerente DECLARA, ainda, em caso de adesão ao Plano Misto I de Benefício – CompesaPrev CD estar ciente que quaisquer omissões ou inexatidões contidas acarretará a perda dos direitos às coberturas contratadas, caso seja qualificado como PARTICIPANTE NORMAL, nos termos do Regulamento vigente.

Local/Data

Assinatura

Recife, de _____ de 20____.

CPF: _____

LAUDO MÉDICO			
Médico: Foram identificadas doenças ou lesões? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Enquadramento de Cobertura: <input type="checkbox"/> Cobertura Total <input type="checkbox"/> CPT	
CID	DESCRIÇÃO DA DOENÇA	SIM	NÃO
Campo Exclusivo para ADESÃO AO PLANO MISTO I DE BENEFÍCIOS – CompesaPrev CD: DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PARTICIPANTE ORA QUALIFICADO, FOI CONSIDERADO: <input type="checkbox"/> APTO, sem restrição. Será qualificado no Plano Previdencial como PARTICIPANTE NORMAL <input type="checkbox"/> APTO, com restrição. Será qualificado no Plano Previdencial como PARTICIPANTE ESPECIAL. Pelos motivos que seguem:			
Motivos: 			
Médico Avaliador:			
Local/Data Recife, de de 20___.		Assinatura _____ <div style="text-align: center;">CARIMBO/CRM</div>	
Enfermagem: Foram identificadas doenças ou lesões? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Local/Data Recife, de de 20___.		Assinatura _____ <div style="text-align: center;">CARIMBO/ASSINATURA ENFERMEIRA</div>	
Declaro que recebi uma cópia da respectiva DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE, estando ciente que esta DPS tem prazo de validade de 30 (trinta) dias. Caso exceda este prazo, deverá ser preenchida nova DPS, com data atualizada.			
Local/Data Recife, de de 20___.		Assinatura do Requerente _____ CPF:	