

Anexo I
Formulário de Declaração de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO TITULAR)		
UNIDADE:	NOME:	
MATRÍCULA:	E-MAIL:	TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	
(Preencher um questionário para cada membro do grupo familiar que deseja incluir no Programa, inclusive o titular)	
NOME:	CPF:

Leia com atenção para preencher corretamente esse questionário de saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no Programa Zero Carência promovido pelo TRFMED.

Responda as questões abaixo informando: se possui alguma doença indicada, há quanto tempo, e se está fazendo algum tratamento.

1.1	Doenças do sistema Respiratório (bronquite, enfisema, adenoide)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Escreva aqui:		
1.2	Doenças do sistema Cardiovascular (doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Escreva aqui:		
1.3	Doenças do sistema Osteomuscular (hérnia de disco, lesão de menisco e/ou ligamentos, gota, lúpus)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Escreva aqui:		
1.4	Doenças do sistema digestivo (úlceras, colite, cirrose hepática, pancreatite, pedra na vesícula)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Escreva aqui:		
1.5	Doenças do sistema Geniturinário (insuficiência renal, doenças da próstata, mioma, cisto de ovário)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Escreva aqui:		
1.6	Doenças do sistema neurológico (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, sequela de derrame)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Escreva aqui:		
1.7	Doenças Infectocontagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Escreva aqui:		

1.8	Doenças psiquiátricas (psicose, depressão grave)	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		
1.9	Doenças Cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia, dentre outras)	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		
1.10	Doenças hematológicas (hemofilia, trombocitopenia, trombofilia)	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		
1.11	Doenças de pele e alérgicas (nevus, hemangiomas, sinais, hiperidrose-excesso de suor nas mãos/axilas/rosto, dentre outras)	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		
1.12	Doenças Congênitas (síndrome de Down, más formações). Especifique os problemas relacionados. Por exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e etc.	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		
1.13	Doença dos olhos (catarata, glaucoma, retinopatia)	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		
1.14	Realizou alguma cirurgia na qual teve sequela decorrente? Caso afirmativo, qual?	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		
1.15	Está em período gestacional?	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
1.16	Está em internação hospitalar ou domiciliar?	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
Escreva aqui:		

Data:

Assinatura do Beneficiário Titular