

(leucemia linfóide, leucemia mielóide, melanoma, mieloma, mama, pulmão, próstata, cólon, bexiga, intestino, estômago, pâncreas, fígado, tumor cerebral, linfoma Hodgkin, linfoma não Hodgkin).										
15. Doenças e transtornos mentais ou psiquiátricos (esquizofrenia, retardo mental).	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
16. Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes mellitus insulino dependente, diabetes mellitus não insulino dependente, hipotireoidismo, hipotireoidismo).	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
17. Doenças congênitas e hereditárias ou outras síndromes com malformações congênitas.	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
18. Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos ou imunológicas (anemia falciforme, anemia ferropriva, anemia por deficiência de vitamina B12, outras anemias aplásticas, outras anemias hemolíticas hereditárias, anemia hemolítica adquirida).	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
19. Submeteu-se a algum tratamento oncológico (sessão de radioterapia, sessão de quimioterapia)?	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

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

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 inteira 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 sigiloprofissional.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do titular: _____