

Caso responda com "S" a qualquer das perguntas acima, registrar:
Item: selecionar o número do item correspondente;
Tit/Dep: selecionar o beneficiário;
Especifique a doença...: especificar a doença/lesão pré-existente e a data do diagnóstico. também

Em caso de resposta afirmativa (sim) para qualquer um dos itens acima, complementar com as seguintes informações:

Item	Tit/Dep	Especifique a doença ou lesão e quando começou (data)? Há esclarecimentos adicionais?

Há algum caso não especificado pelas questões acima ou informações importantes?

--

Preencher com informações adicionais (se houver).

Preencher com o e-mail do Titular/Responsável atualizado e legível.

E-MAIL DO TITULAR/RESPONSÁVEL (campo obrigatório)

Preencher o campo Telefone com o número de contato atualizado e legível.

TELEFONE(S) PARA CONTATO (obrigatório)

Assinatura do Titular do contrato/família.

DATA

Preencher com a data em que preencheu a Declaração de Saúde.

ASSINATURA DO TITULAR/RESPONSÁVEL