

Declaração de Saúde

	Sim	Não	Especificar
Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de medicamento, atualmente? Especificar.			
Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.			
Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.			
Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.			
Foi submetido à alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 anos? Especificar.			
Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.			
Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido à tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.			
Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença? Especificar.			

Declaro, ainda, que as informações por mim prestadas são verdadeiras e ciente estou de que por quaisquer omissões ou falsidades responderei civil e criminalmente pelas inveracidades eventualmente verificadas.

Local e data: _____

Nome completo: _____

RE-D: _____

Assinatura