Associação dos Fiscais de Rendas do Estado do Rio de Janeiro

AMAFRERJ

Serviço de Assistência Médico-Hospitalar

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome:	**Categoria do Proponente:** ☐ **Filiado** ☐ **Sócio Previdenciário**

	Esta Declaração é válida para Titular / Responsável e Dependentes ou Beneficiários **ÍTEM:**	**" S "= SIM " N " = NÃO** **Titular**	**01**	**02**	**03**	**04**	**05**	**06**	**07**	**08**
01	É ou foi portador de patologia cardíaca ?									
02	Tem hipertensão arterial ?									
03	Tem algum problema ortopédico (artrose, hérnia de disco, etc) ?									
04	Tem ou teve problemas do ap. digestivo (úlcera, gastrite, vesícula, intestino, etc)?									
05	Tem ou teve hérnia de qualquer tipo ?									
06	Tem ou teve problemas do ap. urinário (cálculo, infecções, etc) ?									
07	É portador de patologia pulmonar (asma, bronquite, enfisema, etc)?									
08	Já teve ou é portador de doença infecto-contagiosa (tuberculose, hepatite, SIDA etc) ?									
09	Usa algum tipo de prótese ou órtese ?									
10	É portador de diabetes ?									
11	Já teve ou é portador de câncer ?									
12	Já teve ou é portador de patologia neurológica ou psiquiátrica ?									
14	Já esteve ou está em tratamento psicológico ?									
15	Já esteve ou está em tratamento paras dependência química (alcool, drogas) ?									
16	Já esteve ou está em tratamento de quimioterapia, radioterapia ou diálise ?									
17	Possui alergias (inclusive a medicamentos) ?									
18	Possui patologia congênita ou hereditária ?									
19	É ou já foi portador de doenças hematológicas (anemia, leucemia, sangramentos, etc) ?									
20	É ou já foi portador de patologia oftalmológica (catarata, glaucoma, etc) ?									
21	Já teve ou tem doença glandular (tireóide, supra-renais, hipófise, etc) ?									
22	Tem ou teve alguma patologia ginecológica ?									
23	Já esteve internado para tratamento clínico ?									
24	Já se submeteu à alguma cirurgia ?									
25	Tem indicação de fazer proximamente algum tratamento clínico ou cirúrgico ?									
26	Faz uso habitual de algum medicamento ?									
27	Alguma outra doença não relacionada acima ?									

SE A RESPOSTA TIVER SIDO " SIM " PARA QUALQUER UM DOS ÍTENS ACIMA, ESPECIFICAR O ÍTEM, O PROPONENTE, A DATA DO EVENTO E ESCLARECER O MOTIVO

Ítem	**Proponente**	**Data**	**Esclarecimento**

Declaro ter conhecimento de todas as perguntas constantes desta Declaração de Saúde e assumo a responsabilidade pela veracidade de todas as informações que aqui constam e ainda, que estou ciente de todos os prazos de carência e demais disposições do Regulamento do **Serviço AMAFRERJ**.

Local e Data | **Assinatura do Proponente Titular ou Responsável** | **Médico (assinatura e carimbo com CRM)**

Declaro ter dispensado a orientação de profissional médico no preenchimento desta Declaração de Saúde e assumo total responsabilidade pela veracidade das informações por mim prestadas.

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável