

A presente Declaração de Saúde é requisito obrigatório para a adesão ao GDF SAÚDE. Todas as informações prestadas pelo beneficiário ou por seu representante legal terão caráter declaratório, vinculando-se às condições de cobertura previstas no Regulamento.

NOME COMPLETO/NOME SOCIAL:	
CPF:	
SEXO/GÊNERO:	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro/Autodeclarado:

Nº	NOME / NOME SOCIAL	SEXO/GÊNERO	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO
1				
2				
3				
4				
5				

Nome: _____ CRM: _____ Data: _____ Assinatura: _____

TITULAR	DEPENDENTE 1	DEPENDENTE 2	DEPENDENTE 3	DEPENDENTE 4	DEPENDENTE 5
Peso:	Peso:	Peso:	Peso:	Peso:	Peso:
Altura:	Altura:	Altura:	Altura:	Altura:	Altura:

Marque com "X" as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário, assinale "NÃO":

[illegible]

