

Declaração de Saúde Complementar Hipertensão Arterial

Nome do Proponente _____

Prezado(a) Senhor(a),

As perguntas abaixo foram formuladas com base na Declaração Pessoal de Saúde constante de sua proposta de seguimento e visam a coleta de maiores detalhes e informações complementares.

01	Informe a data do diagnóstico da doença	02	Informe os medicamentos utilizados e o período de tratamento.		
03	Submeteu-se ou tem indicação de submeter-se a algum cateterismo cardíaco ? Em caso positivo, informe a data e o resultado. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
04	Sofre ou já sofreu de Diabetes? Em caso positivo, informe a data e o resultado do último exame de Glicemia e/ou Hemoglobina Glicosilada. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
05	Sofre ou já sofreu de alguma complicação oftalmológica devido a esta doença ? Especifique. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
06	Sofre ou já sofreu de algum distúrbio da função renal devido a esta doença ? Especifique. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
07	Sofre ou já sofreu de algum Ataque Vascular Cerebral (derrame) devido a esta doença ? Especifique. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
08	Submeteu-se ou tem indicação para submeter-se a algum transplante e/ou intervenção cirúrgica devido a esta doença ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
09	Submeteu-se a alguma internação clínica devido à infarto agudo do miocárdio, angina, arritmias, ou à própria hipertensão ? Em caso positivo, especifique a data, o local, tempo de internação e tratamento realizado. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
10	Esclareça como é feito o controle da doença. Informe a data e o resultado dos últimos exames, tais como: Colesterol, triglicerídios, ECG, ECO, Holter e etc. Anexe, caso possua, cópia desses resultados. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
11	Faz uso de bebida alcoólica e/ou cigarro ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	12	Pratica algum exercício físico ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	13	Indicar peso e altura.

Informações Complementares

O Bradesco declara que os dados pessoais presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018).

Local: _____ Data: _____ Assinatura do Proponente _____

Fone Fácil Bradesco
Consultas, Informações e Serviços Transacionais.
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022
Demais Localidades: 0800 570 0022
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

SAC - Alô Bradesco: 0800 704 8383
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 727 9933 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.