

DIAGNÓSTICO	EXIGÊNCIA MÍNIMA
Hipertensão	RMA* + exame de sangue <sup>1</sup> + exame de urina <sup>2</sup> e cópia dos exames cardiológicos (últimos 12 meses).  Caso o relatório médico contenha os resultados dos exames cardiológicos realizados, como Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Teste de Esforço e MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial), as cópias dos exames poderão ser dispensadas.
Taquicardia	RMA + Cópia do Eletrocardiograma (últimos 12 meses).
Prolapso da Valva Mitral	RMA + Cópia do Ecocardiograma (últimos 12 meses).
Arritmia Sinusal	RMA + Cópia do Eletrocardiograma (últimos 12 meses).
Bradicardia Sinusal	RMA + Cópia do Eletrocardiograma (últimos 12 meses).
Regurgitação Mitral / Aórtica / Tricúspide	RMA + Cópia do Ecocardiograma (últimos 12 meses).
Fibrilação Atrial	RMA + Cópia do Holter (últimos 12 meses).
Hipotireoidismo <sup>3</sup>	Formulário sobre Distúrbio da Tireoide <sup>4</sup> + Cópia dos hormônios da Tireoide (últimos 12 meses).  Caso o cliente informe na DPS ou tele-entrevista não possuir sintomas ou outras alterações da tireoide e indicar o controle dos níveis hormonais, poderemos dispensar o formulário e a cópia dos exames.
Tireoidite de Hashimoto	RMA + Cópia dos hormônios da Tireoide (últimos 12 meses).
Hipertireoidismo	RMA + Cópia dos hormônios da Tireoide (últimos 12 meses).
Bócio, nódulo ou cisto de tireoide	RMA + Cópia dos hormônios da Tireoide (últimos 12 meses) + Cópia da Ultrassonografia da Tireoide + Cópia da Biópsia (se realizada).
Transtorno Psíquico	RMA.
Esôfago de Barret	RMA + Cópia da Endoscopia + Cópia da Biópsia (se realizada).
Diverticulite	RMA + Cópia da Colonoscopia + Cópia da Biópsia (se realizada).

\* Relatório Médico Assistente.

DIAGNÓSTICO	EXIGÊNCIA MÍNIMA
Úlcera esofágica, gástrica ou duodenal	RMA + cópia da endoscopia + cópia da biópsia (se realizada).
Síndrome do Intestino Irritável	RMA + Cópia da Colonoscopia + Cópia da Biópsia (se realizada).
Gastroplastia (nos últimos 6 meses)	Risco não aceito.
Gastroplastia (entre 6 e 12 meses)	RMA + exame de sangue + exame de urina. Possível apenas as coberturas por morte e invalidez por acidente.
Gastroplastia (há mais de 12 meses)	RMA + exame de sangue + exame de urina. Todas as coberturas podem ser contratadas.
Cistos, miomas e pólipos uterinos	RMA + Cópia da Ultrassonografia Transvaginal + Cópia da Biópsia (se realizada).
Cisto / Nódulo Mamário	RMA + Cópia da Ultrassonografia Mamária + Mamografia + Cópia da Biópsia (se realizada).
Hepatite (de qualquer tipo em tratamento)	Risco não aceito.
Hepatite (tipo A há mais de 5 anos e sem alterações)	Aceitaremos a proposta.
Hepatite (tipo A há menos de 5 anos)	RMA + exame de sangue + sorologia para hepatite.
Hepatite (tipo B no passado)	RMA + exame de sangue + biópsia do fígado + cópia da ultrassonografia abdominal + sorologia para hepatite.
Hepatite (tipo C no passado)	Risco não aceito.
IMC abaixo de 18,5	RMA.
IMC entre 18,5 e 34,99	Aceitaremos a proposta.
IMC entre 35 e 39,9	RMA + exame de sangue <sup>1</sup> + cópia do teste ergométrico.
IMC acima de 40	Risco não aceito.

DIAGNÓSTICO	EXIGÊNCIA MÍNIMA
Histórico de cirurgia <sup>3</sup>	Formulário Sobre Cirurgia <sup>4</sup> .
Câncer (há mais de 12 meses do término do tratamento <sup>5</sup> )	RMA + exame de sangue + exame de urina + cópia da biópsia + cópia dos exames realizados referentes ao câncer.  Possível apenas as coberturas por morte e invalidez por acidente.
Doenças Respiratórias	RMA + prova de função pulmonar.
Doenças Autoimunes	RMA.
Cálculos Renais	RMA + exame de urina <sup>2</sup> + exame de sangue <sup>1</sup> (creatinina e ureia) + ultrassonografia das vias urinárias.
Cálculos Renais (nos últimos 12 meses)	Exame de urina <sup>2</sup> + exame de sangue <sup>1</sup> (creatinina e ureia) + ultrassonografia das vias urinárias.
Cálculos Renais (entre 12 meses e 3 anos)	Exame de urina <sup>2</sup> + exame de sangue <sup>1</sup> (creatinina e ureia).
Cálculos Renais (há mais de 3 anos e sem sequelas)	Aceitaremos a proposta.
Cisto Renal	RMA + exame de urina <sup>2</sup> + exame de sangue <sup>1</sup> (creatinina e ureia) + ultrassonografia das vias urinárias.
Refluxo gástrico, gastrite ou esofagite	Formulário Sobre Distúrbios Gastrointestinais <sup>4</sup> + cópia da endoscopia + cópia da biópsia (se realizada).

<sup>1</sup> Exame de sangue: Hemograma Completo, Colesterol Total e Frações, Triglicerídeos, TGO, TGP, GGT, Creatinina, Ureia, Glicose e HBA1c, Bilirrubina Total e Frações.

<sup>2</sup> Exame de urina – EAS (Elementos Anormais e Sedimentos).

<sup>3</sup> O RMA (Relatório Médico Assistente) poderá ser solicitado em complemento ao Formulário.

<sup>4</sup> Os nossos formulários complementares estão disponíveis na [Casa do Corretor](#) e no [Kit Corretor Digital](#), que você pode solicitar ao seu Gerente Comercial.

<sup>5</sup> Nos casos de câncer de pele e tireoide, a proposta poderá ser preenchida após 3 meses do término do tratamento.