

Dados do Titular					
Iome – Titular 0	Sexo	Idade	Peso-kg	Altura-m	
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____
Dados dos Dependentes					
Iome – Dependente 1	Sexo	Parentesco	Idade	Peso-kg	Altura-m
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____
Iome – Dependente 2	Sexo	Parentesco	Idade	Peso-kg	Altura-m
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____
Iome – Dependente 3	Sexo	Parentesco	Idade	Peso-kg	Altura-m
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____
Iome – Dependente 4	Sexo	Parentesco	Idade	Peso-kg	Altura-m
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____
Iome – Dependente 5	Sexo	Parentesco	Idade	Peso-kg	Altura-m
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____
Dados dos Agregados					
Iome – Agregado 1	Sexo	Parentesco	Idade	Peso-kg	Altura-m
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____
Iome – Agregado 2	Sexo	Parentesco	Idade	Peso-kg	Altura-m
_____	() M () F	_____	_____	_____	_____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE

- a) No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. Tenho ciência que a Gama Saúde Ltda. está me oferecendo um médico orientador sem custo adicional ou ônus para proceder à entrevista qualificada e orientando-me no preenchimento da declaração de saúde. Tenho ciência também que posso optar por um profissional médico de minha livre escolha, e assumirei o ônus financeiro desta opção.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões pré-existentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Declaro que as informações por mim prestadas na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pela mesma, assim como tenho conhecimento do Artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro que **“se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta”** perderá o direito às coberturas contratadas, suspensão de cobertura, rescisão contratual, bem como arcará com os custos dos benefícios já obtidos, caso venha a ser comprovado junto a ANS a omissão de informação sobre doença ou lesão pré-existente.
- c) Havendo declaração de doença ou lesão pré-existente, serão oferecidas duas opções:
- **Cobertura Parcial Temporária** – é o período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões pré-existentes declaradas pelo consumidor não tem cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS, internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentarem as características definidas na **Portaria GM nº 3.432, de 12 de Agosto de 1998, do Ministério da Saúde**.
 - **Agravo** – é o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões pré-existentes.
- d) Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões pré-existentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**
- e) A omissão de informações sobre existência de doença ou lesão pré-existente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada.
- f) As operadoras ficam obrigadas a proteger as informações prestadas nas declarações de saúde, sendo vedada a sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do consumidor, ressalvados os casos na legislação em vigor.
- g) Para contratos firmados a partir da vigência da RN nº 20/02, os documentos de identificação do usuário, de porte obrigatório para acesso aos serviços assistenciais, deverão conter a informação de existência da cláusula de Cobertura Parcial Temporária, com especificação da data do término da vigência.

em	("S" = Sim ou "N" = Não)	Titular		Dependentes					Agregados	
		0	1	2	3	4	5	1	2	
1	Sofre de algum problema no aparelho cardio-circulatório (pressão alta, dor no peito, infarto, derrames, entre outras)?									
2	Sofre de alguma doença das veias (varizes, trombozes, aneurisma, hemorróidas, entre outras)?									
3	Sofre de alguma doença endócrina ou metabólica (diabetes, tireóide, entre outras)?									
4	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo (fígado, estômago, intestino, esôfago, vesícula biliar, pâncreas, outras)?									
5	Tem hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?									
6	Possui problemas renais ou de bexiga (cálculos, infecções dos rins, incontinência urinária, entre outras)?									
7	Sofre de alguma doença dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)?									
8	Sofre de alguma doença do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras)?									
9	Sofre de algum problema pulmonar (asma, bronquite, enfisema, entre outras)?									
10	Sofre alguma doença do ouvido/nariz/garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, outras)?									
11	Sofre alguma doença dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, entre outras)?									

