



Operadora: Bradesco Saúde S/A
 CNPJ: 92.693.118/0001-60
 ANS: 005711
 Site: www.bradescosauade.com.br
 Tel.: 0800 701 2700

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou no ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes
		É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado, no ato da contratação, que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, nesse momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente às DLPs declaradas. Como alternativa à CPT, é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.		

REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu, como referência, o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver a participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes, para fins de carência ou CPT, considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência, considerar-se-á, como data de celebração do contrato coletivo, a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

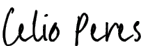


Declaramos ter conhecimento que o Bradesco Saúde Referência Nacional 2 E CE A (Registro ANS nº421545991), com rede referenciada nacional e acomodação em enfermaria, corresponde ao plano de Referência de que trata a Lei nº 9.656/98 e declaramos adicionalmente que o referido plano nos foi oferecido, mas optamos pela contratação de outro(s) planos(s).

O proponente contratante e o Corretor por ele escolhido como seu representante firmam o presente instrumento eletronicamente, de modo que concordam e reconhecem que tal forma de assinatura será admitida para comprovação de autoria e integridade deste documento, tornando-o apto e válido para todos os fins e efeitos de direito, na forma permitida pelo artigo 10, § 2º da Medida Provisória 2.200-2/2001.

O proponente contratante e o Corretor, por ele escolhido como seu representante, reconhecem que foram informados e estão cientes de que, ao assinarem eletronicamente este documento, o assinam para todos os fins de direito, concordando com todos os termos e

Rio de Janeiro, 06 Janeiro de 2025.

DocuSigned by:

47990623429E408...

Assinatura do Contratante



**Bradesco Saúde SPG
TOP - COMPULSORIO**

ANS - nº 005711

**Proposta de Seguro de Despesas de Assistência
Médica e/ou Hospitalar**

Sucursal 661	Ramo 876	Cia 571	Número do processo/protocolo 12357166
-----------------	-------------	------------	--

1. Dados do Estipulante

Nome
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

CNPJ
24.779.565/0001-87

Ramo de Atividade
OUTROS

Endereço
RUA EMILIO BLUM, 131 - BLOCO B SALA 506 -

CEP
88020010

Cidade
FLORIANÓPOLIS

UF
SC

Telefone
(48) 36645313

Ramal

E-Mail
CELIO@SCPREV.COM.BR

Início de vigência do seguro

2. Forma de Pagamento

Débito
FATURA

3. Características do Seguro

Tipo de Seguro
COMPULSORIO

DCC
0%

Nº de Titulares
10

Nº de Dependentes
1

Nº de Vidas
11

4. Categoria Funcional

Funcionários

5. Informações de Reembolso

5.1. O valor do Coeficiente de Reembolso de Seguro (CRS) poderá ser consultado no documento "Via de Apólice", disponível na aplicação Movimentação Expressa (MOVE).

5.2. Modalidade de Reembolso contratada: Reembolso Completo

5.3. Múltiplos de Reembolso por plano contratado.

Padrões de Seguro	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplos de Reembolso de Despesas Médicas				Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hosp
			Paciente não		Paciente Internado			
			Honorários	Serviços	Honorários	Serviços		
Nacional II	TNEN	Enfermaria	1.0	1.0	1.0	1.0	Nacional II	1.0

6. Dados do(s) Plano(s)		Faixa Etária	
PLANO		TNEN	
Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS		497531236	
NOME COMERCIAL		BRADESCO SAUDE NACIONAL II E CE R1	
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO		Enfermaria	
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA		Nacional	
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL		Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	
TIPO DE CONTRATAÇÃO		Coletivo Empresarial	
MODALIDADE DE REEMBOLSO		Completo	
REDE		Nacional II	
COPARTICIPAÇÃO		Não há	
REGIÃO		Santa Catarina	
TIPO DE KIT		Digital	
Faixa Etária	Percentual de Variação	Número de Vidas	Prêmio S/IOF
Até 18 anos	0,00%	01	R\$ 300,91
19 a 23	18,00%	00	R\$ 355,08
24 a 28	21,00%	03	R\$ 429,64
29 a 33	20,00%	00	R\$ 515,58
34 a 38	14,00%	05	R\$ 587,75
39 a 43	3,00%	01	R\$ 605,38
44 a 48	21,75%	01	R\$ 737,09
49 a 53	17,62%	00	R\$ 866,96
54 a 58	19,00%	00	R\$ 1.031,68
59 adiante	75,00%	00	R\$ 1.805,34

Área de atuação: vide último item desta proposta. Não aplicável aos planos de abrangência Nacional.

Os valores informados neste estudo são meramente indicativos e poderão ser revistos, sendo reduzidos ou agravados, após a análise da Seguradora.

7. Redução das Carências Contratuais

7.1. Para os procedimentos e/ou eventos indicados na tabela abaixo, haverá redução dos períodos de carência previstos na Cláusula “Carências”, das Condições Gerais:

Carências a cumprir, se contratadas as coberturas, conforme segmentação ¹ do(s) produto(s) escolhido(s)			
Procedimentos	Número de vidas		
	03 a 09	10 a 20	21 a 29
Casos de urgência e emergência	24 horas	24 horas	24 horas
Consultas médicas	15 dias	15 dias	Isento
Exames tipo A*	15 dias	15 dias	Isento
Exames tipo B*	180 dias	60 dias	Isento
Internações clínicas	180 dias	Isento	Isento
Internações psiquiátricas	180 dias	180 dias	180 dias
Cirurgias em geral, exceto cirurgia bariátrica com diretriz de utilização	180 dias	180 dias	Isento
Cirurgia bariátrica com diretriz de utilização	180 dias	180 dias	180 dias
Hemodiálise e diálise peritoneal, radioterapia, quimioterapia, terapia com imunobiológico com diretriz de utilização e imunoterapia	180 dias	180 dias	180 dias
Transplantes	180 dias	180 dias	180 dias
Consultas e terapias não médicas	180 dias	180 dias	90 dias
Parto de Termo	300 dias	300 dias	300 dias

*Assim definidos na tabela de referência, que é parte integrante do contrato e está disponível para consulta no Portal da Bradesco Saúde (www.bradescosauade.com.br).

¹ Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia – cobertura para consultas, exames, terapias, internação e cirurgias, inclusive parto.

Segmentação Hospitalar com Obstetrícia - cobertura para os atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os procedimentos obstétricos, como por exemplo, consultas e exames de pré-natal e parto. Além disso, também terá direito a cobertura de alguns procedimentos considerados especiais, e que são realizados em continuidade ao atendimento durante a internação, como é caso da hemodiálise, da quimioterapia oncológica, e de outros, previamente definidos em contrato.

7.2. Os demais procedimentos e/ou eventos não previstos na tabela do item 7.1., permanecem com os prazos de carências previstos na Cláusula “Carências” das Condições Gerais.

7.3. Não haverá carências para apólices com 30 ou mais vidas, desde que observadas as condições e prazos de inclusão previstos em contrato.

8. Declarações do Proponente Contratante

1 – O proponente contratante propõe à Bradesco Saúde S.A a realização deste seguro, com base em todas as informações prestadas, bem como em todos os documentos validados, preenchidos e assinados, durante o processo de contratação, reconhecendo a responsabilidade por todas as informações prestadas, por si e por aqueles que pretende incluir na apólice, que são seus empregados e demais vínculos admitidos, bem como sobre os respectivos dependentes, se for o caso.

2 – Em razão da presente proposta, o proponente contratante declara:

2.1. DOS DOCUMENTOS E MATERIAIS DE CONTRATAÇÃO

a. – Ter ciência de que a presente proposta será analisada pela Bradesco Saúde que poderá, a seu exclusivo critério, aprovar ou declinar o risco do seguro coletivo que está sendo proposto.

b. – Ter recebido, juntamente com esta proposta, uma via das Condições Gerais, do documento "Atributos do Plano", contratado e eventuais Condições Particulares, que são de seu pleno conhecimento, e declara concordar com seu inteiro teor, caso o seguro coletivo venha a ser aceito e implantado.

c. – Que foram disponibilizados pela Bradesco Saúde, previamente à assinatura da presente proposta, o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde(MPS), tendo lido e entendido os conteúdos dos referidos documentos, como orientação na correta contratação deste seguro.

d. – Ter ciência de que, considerando o(s) plano(s) indicado(s) no título 6 desta proposta, os segurados terão acesso ao Manual do Segurado e à Lista de Referenciados exclusivamente por meio do Portal da Bradesco Saúde na Internet (www.bradescosauade.com.br) e que será responsável por comunicá-los sobre a existência deste canal.

e. – Ter ciência de que os Cartões de Identificação (carteirinhas) serão disponibilizados por meio digital, no aplicativo Bradesco Saúde e no Portal do Beneficiário, em sua área logada. O segurado poderá solicitar a emissão do cartão físico, por meio da aplicação Movimentação Expressa (MOVE), sendo cobrada uma taxa de R\$ 12,50 (Doze reais e cinquenta centavos), para confecção deste material.

f. – Ter ciência de que os prestadores referenciados poderão ser consultados no aplicativo Bradesco Saúde e no Portal do Beneficiário, em sua área logada. Quando solicitado pelo segurado, a Seguradora poderá encaminhar a lista de referência impressa, sendo cobrada uma taxa de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos), para confecção deste material.

2.2. DO DÉBITO EM CONTA CORRENTE

a. – Caso tenha feito a opção pelo pagamento por débito em conta corrente, o proponente contratante declara que a conta corrente informada para débito dos prêmios mensais é de sua titularidade, responsabilizando-se pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o banco indicado a efetuar o débito na respectiva conta corrente.

b. – Qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à Bradesco Saúde, e que, se houver insuficiência de fundos para cobrir o valor a ser debitado em conta corrente ficará caracterizado o não pagamento do prêmio.

2.3. DOS COMPROMISSOS E RESPONSABILIDADES

a. – Caso a proposta de seguro seja aceita, o proponente contratante se compromete a disponibilizar ao proponente a segurado titular:

- i. anteriormente à sua inclusão no seguro, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
- ii. o documento denominado Guia de Leitura Contratual (GLC) fornecido pela Seguradora junto ao contrato, responsabilizando-se a entregá-lo em forma impressa ou digital, a critério do segurado titular, aos beneficiários do seguro;
- iii. sempre que solicitado pelo segurado titular, cópia do contrato firmado, incluindo apólice e condições gerais e particulares, se houver.

b. – O proponente contratante declara ter ciência sobre sua responsabilidade pela autenticidade dos documentos e pela veracidade das informações prestadas sobre todas e quaisquer circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal do seguro, sabendo que omissões ou dados errôneos poderão acarretar a perda de todos os direitos objeto desta Proposta.

b.1. – O proponente contratante declara, ainda, que tem ciência de que, caso a seguradora identifique distorções em relação às informações do grupo segurável indicado no estudo inicial/cotação, especialmente, mas não se limitando, ao perfil etário ou município de residência dos segurados, poderá rever o custo per capita mensal, ou até mesmo recusar a aceitação do risco.

c. – Nos casos em que houver segurados na condição de empregados e que estes sejam ou tenham sido contribuintes do prêmio mensal do seguro, o proponente contratante se compromete a:

- i. apresentar ao segurado titular, inclusive àquele recém-admitido, valores da tabela de custos por faixa etária, que será atualizada e disponibilizada pela Bradesco Saúde no site www.bradescosaude.com.br, em área de acesso exclusivo ao beneficiário titular. Nos casos de contratação na modalidade de custo médio, este também deverá ser informado ao segurado titular; e
- ii. oferecer ao segurado titular, no momento de seu desligamento, em razão de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, a possibilidade de permanência no seguro, na mesma apólice e plano em que estava incluído na vigência do contrato de trabalho, nos exatos termos das Condições Gerais.

d. – Caso a Proposta de Seguro seja aceita, o proponente contratante, que passará a ser denominado estipulante, se obriga a comunicar à Bradesco Saúde quaisquer ocorrências que impliquem em alteração ou cancelamento do seguro, tais como, mas não se limitando a: alterações cadastrais, eventual perda de elegibilidade de qualquer dos titulares e/ou dependentes e irregularidade da inscrição do estipulante na Receita Federal.

2.4. DISPOSIÇÕES GERAIS

a. – O proponente contratante declara que foi informado sobre a possibilidade de rescindir o contrato unilateralmente, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por meio eletrônico ou físico à operadora no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados da data do efetivo pagamento da primeira mensalidade. Declara ter ciência, ainda, de que, em caso de utilização do plano durante este período, a operadora poderá cobrar o custeio dos procedimentos efetuados, que estará limitado ao valor da multa rescisória, prevista contratualmente.

b. – O proponente contratante declara que este seguro está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de seu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação, disponibilizada pelo Banco Bradesco S.A, e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

c. – O proponente contratante declara ter ciência de que a cobertura do Seguro Viagem é específica para os planos Premium, Nacional Plus ou Nacional. **Desta forma, na hipótese desta Proposta ser aceita, será realizada a inclusão dos integrantes do Grupo Segurado vinculados a tais planos, caso contratados, na Apólice de Seguro Viagem - Processo Susep nº 15414.900006/2016-60 estipulada pela Bradesco Saúde S/A - CNPJ nº 92.693.118/0001-60 junto à Bradesco Vida e Previdência S/A – CNPJ nº 51.990.695/0001-37. Os dados cadastrais fornecidos à Bradesco Saúde S/A serão disponibilizados à Bradesco Vida e Previdência S/A, sempre que necessário para a completa identificação dos segurados.**

c.1. – As coberturas do referido Seguro Viagem somente serão garantidas enquanto estiver em vigor a Apólice de Seguro Viagem Bradesco contratada pela Bradesco Saúde S.A. e desde que o segurado esteja ativo na apólice de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar, objeto desta Proposta.

c.2. – As Condições Gerais do seguro saúde, que acompanham esta proposta, contêm a íntegra das condições de cobertura, utilização e valores limites do seguro viagem.

c.3. – A Bradesco Saúde poderá rever e modificar, a qualquer momento, as condições de cobertura previstas no Seguro Viagem e até mesmo descontinuar a sua garantia, sem prévio aviso ao Estipulante.

9. Informações Importantes

1. – A data de início de vigência do seguro coincidirá com a data de quitação do CCB - Crédito Conciliado Bancário e poderá ser consultada no documento "Via de Apólice", disponível na aplicação Movimentação Expressa (MOVE).

1.1. A vigência do seguro será de 12 (doze) meses, com data de início na forma prevista no item 1, acima, sendo o seguro renovado automaticamente, por tempo indeterminado, caso não haja manifestação contrária das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de sua vigência.

2. – As faturas mensais serão enviadas exclusivamente por e-mail, observado o endereço eletrônico cadastrado, pelo representante legal do Estipulante, junto à Seguradora. A fatura também estará disponível no Portal da Bradesco Saúde na internet (www.bradescosauade.com.br), na área logada do Estipulante.

2.1. – A data de vencimento das mensalidades será fixada com base no dia de quitação da primeira parcela e a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará em multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia), calculados em base pro rata dia, da data do vencimento até a data do efetivo pagamento.

3. – O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, mediante comunicação, na suspensão das coberturas contratadas até a efetiva regularização do débito.

4. – Quando a rescisão ocorrer antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência do contrato, por quaisquer dos motivos previstos nas alíneas do item 12.2.1., das Condições Gerais, será devido à Seguradora o pagamento equivalente a 3 (três) vezes o valor da média das faturas emitidas durante o contrato.

5. – Consideram-se dependentes: cônjuge ou companheiro (a); filhos solteiros – naturais, adotivos ou enteados – com idade até 39 anos, 11 meses e 29 dias; e os filhos de qualquer idade, incapacitados para o trabalho e desde que elegíveis para efeito da declaração do Imposto de Renda do segurado titular.

5.1. – É fundamental que as informações prestadas sejam exatas. O proponente fica sujeito às sanções legais nos casos de dolo, em conformidade com o art. 766 do Código Civil Brasileiro.

5.2. – Caso as declarações assinadas pelo proponente a segurado titular estejam incompletas ou inexatas, assim influenciando na aceitação do risco e no valor do prêmio, poderá ocorrer o cancelamento do seguro contratado, conforme previsto nas Condições Gerais.

6. – O reajuste do prêmio será aplicado anualmente, a partir da data de aniversário do contrato, ou em período inferior caso a legislação venha a permitir. O percentual único de reajuste é composto pelo índice financeiro do prêmio e pelo índice de sinistralidade, apurados na forma descrita na Cláusula "Da Apuração do Percentual Único de Reajuste", das Condições Gerais.

6.1. – O índice financeiro do prêmio terá por base:

- a) a variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) da carteira, se positiva, que considera itens de despesas assistenciais em relação à quantidade de expostos e de eventos, num período de 12 (doze) meses relativamente aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores; e
- b) o impacto decorrente da alteração de valores ou da inclusão de eventos e procedimentos de saúde que vierem a ser incorporados aos contratos.

6.2. – O Reajuste por Sinistralidade será apurado da seguinte forma:

- a) as apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas na data de seu primeiro faturamento serão reavaliadas em conjunto (pool), de acordo com as regras estabelecidas nas Condições Gerais do Seguro, sendo o percentual de reajuste aplicado na data de aniversário do contrato, independente da quantidade de vidas ativas na apólice nesta data. Essa regra atende às determinações estabelecidas em Resolução Normativa, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- b) as apólices coletivas empresariais que possuam entre 30 (trinta) e 199 (cento e noventa e nove) vidas seguradas serão reavaliadas em conjunto, sendo o fator variável Y de que trata a Cláusula "Da Apuração do Percentual Único de Reajuste", das Condições Gerais, igual a 0,7.

6.3. – O extrato pormenorizado de reajuste previsto em Resolução Normativa editada pela ANS, e que contém o cálculo do reajuste anual do prêmio, pode ser consultado na área de acesso exclusiva para o Estipulante no site www.bradescosauade.com.br.

7. – A Bradesco Saúde custeará as despesas relativas à cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar, obedecido ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento conforme cláusula "Coberturas do Seguro", das Condições Gerais.

8. – Estão expressamente excluídas da cobertura do seguro as despesas médico hospitalares não previstas nas Condições Gerais e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) vigente à época da ocorrência do evento, bem como nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

9. – Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o proponente a segurado ou seu responsável saiba ser portador. No caso de identificação de DLP, será aplicada a Cobertura parcial temporária (CPT), que é o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do proponente a segurado, no qual o mesmo, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistente, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

- a) Procedimento de Alta Complexidade (PAC);**
- b) internação em leitos de alta tecnologia; e**
- c) eventos cirúrgicos.**

9.1. – Os procedimentos que terão a cobertura suspensa serão listados na Carta de Oferecimento de Cobertura Parcial Temporária, que será enviada ao proponente a segurado que possua doença e/ou lesão preexistente, conforme indicado na Declaração de Saúde.

10. – As coberturas garantidas por este seguro somente terão efeito após os períodos de carência previstos no Título 7 desta proposta ou em Condição Particular específica, quando cabível.

11. – Será necessária autorização prévia para a realização na rede referenciada, dos atendimentos ambulatoriais eletivos, das internações de qualquer natureza, terapias, bem como os exames clínicos e laboratoriais, na forma prevista nas Condições Gerais.

12 – Os valores e/ou percentuais relativos à coparticipação, caso contratada, constam do Título 6 desta proposta, parte integrante do contrato.

12.1 – A coparticipação decorrente de internação psiquiátrica segue regras específicas, conforme previsto na Cláusula 3 – Coberturas do Seguro, das Condições Gerais e será devida, ainda que o plano contratado não preveja coparticipação para outros procedimentos médico-hospitalares, em conformidade com a legislação aplicável.

13. - Reembolso:

13.1. É o pagamento, pela Seguradora, das despesas efetivamente desembolsadas pelo segurado, quando da utilização de prestadores de serviços que não façam parte da rede referenciada, observadas as situações e limites indicados nas Condições Gerais e no documento “Atributos do Plano”. A seguradora comercializa planos com características distintas e predefinidas de reembolso, sendo elas:

13.1.1. Reembolso Completo

Nesta modalidade, serão reembolsados todos os procedimentos cobertos pelo plano contratado, observadas as situações e limites indicados nas Condições Gerais e no documento “Atributos do Plano”.

13.1.2. Reembolso Específico

Nesta modalidade, o reembolso será exclusivo em consultas médicas eletivas e honorários médicos de paciente internado, observadas as situações e limites indicados nas Condições Gerais e no documento “Atributos do Plano”.

13.1.2.1 Consideram-se como consultas médicas aquelas realizadas por um médico com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) e honorários médicos de paciente internado os pagamentos destinados ao cirurgião, assistentes, instrumentadores e anestesistas.

13.1.2.2. Para o reembolso dos honorários médicos de paciente internado, a visita médica deve estar registrada em prontuário, bem como a internação previamente autorizada (senha liberada) pela Seguradora, na rede referenciada do plano contratado.

13.1.3. A modalidade de reembolso a ser aplicada a cada apólice estará identificada no Título 5 – Informações de reembolso, desta proposta.

13.1.4. Em ambas as modalidades, o reembolso só será devido para atendimentos realizados dentro da área geográfica de abrangência e área de atuação do plano contratado.

13.2. Para informações detalhadas sobre reembolso, consulte as Condições Gerais e o documento “Atributos do Plano”.

13.3. A relação dos documentos necessários para o reembolso está prevista nas Condições Gerais e também poderá ser consultada nos canais digitais da Bradesco Saúde.

13.4. Quando o segurado optar por utilizar a rede referenciada, os serviços médico-hospitalares serão pagos pela Seguradora diretamente ao prestador referenciado, por conta e ordem do segurado, observadas as condições do plano contratado, não havendo, portanto, direito ao reembolso.

14. - A relação atualizada de prestadores médico-hospitalares que compõem a rede referenciada está disponível no Portal da Bradesco Saúde na internet (www.bradescosaude.com.br). Também é possível consultar a relação de prestadores não hospitalares recentemente substituídos na rede referenciada por meio do Portal ou dos canais listados nesta Proposta.

15 – Os segurados que contribuíram financeiramente para o prêmio do seguro farão jus ao direito de permanência, previsto nos arts. 30 e 31, da lei nº 9.656/98, em caso de demissão ou exoneração sem justa causa e aposentadoria, na forma estabelecida na Cláusula “Custeio do Seguro” das Condições Gerais.

16 – Aos segurados incluídos no plano Premium, independentemente de seu local de residência, e no plano Nacional Plus, desde que residentes e domiciliados nas cidades de São Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ, Resende/RJ, Belo Horizonte/MG e Salvador/BA, ficam garantidos os serviços Bradesco Saúde Concierge, que podem ser consultados em www.bradescosaudeconcierge.com.br e são válidos enquanto vigorarem os contratos ou acordos com as empresas que os operam.

17 – Proposta válida por 15 (quinze) dias da data de emissão.

18 – IOF de 2,38%. PIS/COFINS apurados e recolhidos nos termos da legislação aplicável.(*)(*) Informação do Custo Tributário nos termos da Lei nº 12.741/12.

19 – Canais de Atendimento:

- CRC - Central de Relacionamento com o Cliente: 4004 2700 para Capitais e Região Metropolitana e 0800 701 2700 para demais localidades.
- SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966.
- SAC - Central de Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 701 2708.
- Ouvidoria – 0800 701 7000 / Deficiente Auditivo ou fala – 0800 701 7877 (Horário de funcionamento: 08:00 às 18:00h de segunda a sexta-feira, exceto feriados).

10. Disposições Finais

O proponente contratante declara que todas as informações prestadas são verdadeiras, especialmente no que tange à elegibilidade dos beneficiários incluídos, assumindo total e integral responsabilidade por eventuais penalidades ou multas, e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de qualquer medida judicial e/ou administrativa movida contra a BRADESCO SAÚDE, em razão de omissão ou inveracidade.

O proponente contratante declara, ainda, ciência de que estará sujeito às sanções legais e à rescisão do contrato, caso haja omissão ou inveracidade em qualquer das informações prestadas neste instrumento e/ou nas documentações apresentadas à Bradesco Saúde.

O proponente contratante ratifica todas as informações e documentos apresentados antes da presente proposta por si e por aqueles que indicou para serem incluídos como segurados no seguro saúde objeto deste instrumento, inclusive as informações e documentos apresentados por meio do seu corretor, que reconhece como seu representante na contratação do seguro saúde, tendo em vista que tais informações e documentos foram utilizados para definir a precificação do seguro saúde que está sendo contratado.

10.1 – Da ratificação acerca dos itens cuja leitura é indispensável previamente à contratação

O proponente contratante declara que leu e concorda com os termos desta proposta, especialmente, mas não se limitando, aos assuntos adiante listados, aqui resumidos e previstos na íntegra, nas Condições Gerais entregues, e cuja leitura é indispensável: (i) dados dos planos (tipo de contratação, segmentação assistencial, padrão de acomodação e área geográfica de abrangência), mencionado no Título 6 –Dados dos Planos; (ii) Coberturas e Procedimentos Garantidos, mencionado item 8, do Título 9–Informações Importantes; (iii) Exclusões de Cobertura, mencionado no item 9, do Título 9–Informações Importantes; (iv) Doenças e Lesões Preexistentes, mencionado no item 10 do Título 9–Informações Importantes; (v) Carências, mencionado no Título 7 e no item 11, do Título 9–Informações Importantes; (vi) Mecanismos de Regulação, mencionado nos itens 12 e 13, do Título 9–Informações Importantes; (vii) Vigência, mencionado nos itens 1 e 2, do Título 9–Informações Importantes; (viii) Rescisão/Suspensão, mencionado, respectivamente, nos itens 5 e 4, do Título 9–Informações Importantes; (ix) Reajuste, mencionado no Título 6 –Dados dos Planos (Faixa etária) e no item 7, do Título 9–Informações Importantes; (x) Continuidade no Plano Coletivo Empresarial (art. 30 e 31, da Lei nº 9.656/98), mencionado no item 14, do Título 9–Informações Importantes; e (xi) Área de atuação, ao final desta proposta, exceto no caso de contratação de planos com abrangência Nacional.

X Li e concordo

10.2 – Da concordância e reconhecimento da assinatura eletrônica

O proponente contratante e o Corretor por ele escolhido como seu representante firmam o presente instrumento eletronicamente, de modo que concordam e reconhecem que tal forma de assinatura será admitida para comprovação de autoria e integridade deste documento, tornando-o apto e válido para todos os fins e efeitos, na forma permitida pelo artigo 10, § 2º da Medida Provisória 2.200-2/2001.

O proponente contratante e o Corretor, por ele escolhido como seu representante, reconhecem que foram informados e estão cientes de que, ao assinarem eletronicamente este documento, o assinam para todos os fins de direito, concordando com todos os termos e informações nele descritos.

Rio de Janeiro, 06 Janeiro de 2025.

Assinado por:
ABVEJ CORR SEGS DE VIDA LTDA.
F16B88BC9A344A5...

Assinatura do Corretor

DocuSigned by:
Celso Peres
47990623429E408...

Assinatura do Estipulante



Operadora: Odontoprev S/A
 CNPJ: 58.119.199/0001-51
 ANS: 30194-9
 Site: www.bradescodental.com.br
 Tel.: 0800 701 2700

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou no ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes
		É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu, como referência, o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver a participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes, para fins de carência ou CPT, considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência, considerar-se-á, como data de celebração do contrato coletivo, a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Bradesco Dental 3 a 29 Vidas



Proposta de Contrato de Plano Privado de Assistência Odontológica Conjugado ao Seguro Saúde

Sucursal 661	Ramo 876	Cia 005	Número do processo/protocolo 12357166	
1. Dados do Contratante				
Nome FUNDAÇÃO DE PREVIDENCIA COMPLEMENTA		CNPJ 24.779.565/0001-87		
Ramo de Atividade OUTROS				
Endereço RUA EMILIO BLUM, 131 - BLOCO B SALA 506 -				
CEP 88020010	Cidade FLORIANOPOLIS	UF SC	Telefone (48) 36645313	Ramal
E-Mail CELIO@SCPREV.COM.BR		Início de vigência do seguro -----		

2. Forma de Pagamento				
Forma de Pagamento FATURA				

3. Características do Contratante				
Plano	Nº de Vidas	Custo Unitário	Total da Fatura	Tipo de Contrato
Padrão DOC I	11	R\$ 26,04	R\$ 286,44	Compulsório
Total	11		R\$ 286,44	

4. Dados do(s) Plano(s)		
REGISTRO ANS	PLANO	REDE
443079034	Padrão DOC I	Premium

DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE

O Contratante propõe à Operadora a realização deste contrato, com base nas declarações anteriores, assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre aqueles que pretende incluir no Contrato - empregados e demais vínculos admitidos - bem como, se for o caso, sobre os respectivos Dependentes, declarando que os mesmos enquadram-se perfeitamente na definição de grupo elegível constante dessa Proposta e das Condições Gerais do Contrato. Responsabiliza-se, ainda, pelas informações prestadas, sujeitando-se às sanções legais aplicáveis.

O Contratante declara que está de pleno acordo com as Condições Gerais do Contrato, as quais são do seu pleno conhecimento, comprometendo-se a comunicar à Operadora quaisquer ocorrências que possam ensejar a descaracterização do grupo elegível.

O Contratante se compromete ainda, a qualquer tempo, por solicitação da Operadora, a encaminhar em até 5 (cinco) dias úteis toda a documentação que dá suporte à elegibilidade dos empregados, dentre as quais, as relativas ao FGTS e a de seus Dependentes.

A Empresa está ciente de que a presente proposta será analisada pela Operadora, que poderá, a seu exclusivo critério, aceitar ou declinar a formalização do Contrato, se presentes condições incompatíveis com a contratação.

Declara que esse plano de Benefícios Odontológicos está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de seu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizada pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

O Contratante declara ter ciência de que, nos casos em que houver empregados e que estes tenham contribuído financeiramente, a qualquer tempo, para o pagamento da contribuição mensal do Plano de Benefícios Odontológicos, deverá:

- a) apresentar ao Beneficiário Titular, inclusive àquele recém-admitido, o valor da contribuição mensal, que será atualizado periodicamente e disponibilizado pela Operadora, e;
- b) oferecer ao Beneficiário Titular, no momento de seu desligamento em razão de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, a possibilidade de permanência no Plano de Benefícios Odontológico, no mesmo Plano em que estava incluído quando da vigência do Contrato de Trabalho, nos exatos termos do Contrato.

Ter recebido, previamente à assinatura da presente proposta, lido e entendido o conteúdo do documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde- MPS, como orientação na correta contratação deste seguro.

Caso a proposta seja aceita, o Contratante se compromete a entregar ao Beneficiário titular:

- a) Anteriormente à sua inclusão no Plano de Benefícios Odontológicos, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS;
- b) O documento denominado Guia de Leitura Contratual (GLC) por meio eletrônico, responsabilizando-se a entregá-lo, aos beneficiários do Plano de Benefícios Odontológicos quando da entrega da carteira de identificação;
- c) Sempre que solicitado pelo beneficiário titular, cópia do contrato firmado.

Os documentos MPS e GLC estão disponíveis no Portal do Estipulante, na página www.bradescodental.com.br.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A data início de vigência do contrato coincidirá com a data de quitação do CCB - Crédito Conciliado Bancário.

O plano Padrão possui fator de reembolso de 1X a Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora.

Proposta válida por 15 (quinze) dias da data de emissão.

A relação atualizada de prestadores odontológicos que compõem a rede referenciada está disponível no Portal da Bradesco Dental na internet (www.bradescodental.com.br). Também é possível consultar a relação de prestadores recentemente substituídos na rede referenciada por meio dos canais listados no final desta Proposta:

Central de Relacionamento com o Cliente - (CRC): 0800 701 2700.

Prestadores: 4004 2751 (CAPITAIS E REG. METROPOLITANAS) e 0800 701 2751 (DEMAIS LOCALIDADES / CIDADES DO INTERIOR).

Central de Relacionamento com Clientes – CRC (CAPITAIS E REG. METROPOLITANAS) 4004 2700 opção 6 e (DEMAIS LOCALIDADES / CIDADES DO INTERIOR) 0800 602 3332 (24 horas 7 dias por semana).

Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 600 2894 (24 horas 7 dias por semana).

Central de Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala – CAS 0800 701 2708.

Ouvidoria 0800 772 2073 - Horário de funcionamento - 08:00 às 18:00h de segunda a sexta-feira, exceto feriado nacional.

ODONTOPREV - informações somente para clientes - 0800 702 9000 - 24 horas.

Rio de Janeiro, 06 Janeiro de 2025.

Assinado por:

F16B88BC9A344A5...

Assinatura do Corretor

DocuSigned by:

47990623429E408...

Assinatura do Estipulante