

## 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 se vincular 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.

Este 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 enfermagem. 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 de 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 compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas 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 participação de 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 estes 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](http://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](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)



Operadora: BRADESCO SAÚDE S.A.  
CNPJ: 92.693.118/0001-60  
Nº de registro na ANS: 005711  
Site: <http://www.bradescosaude.com.br>  
Central de Relacionamento com o Cliente (CRC):  
0800-701-2736 (atendimento 24 horas)

# 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 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 a 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 de 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 neste 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 à DLP declarada. Como alternativa a 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 a DLP não declaradas 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 Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação 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 permitidas 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 a RN nº 63/2003.	Os planos coletivos <b>não</b> 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 que 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, esta 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 a 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. Esta 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 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 <b>não</b> 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 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 congênera, órgão público ou empresa.

### Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 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 co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência

neste 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 mantém 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.

## Ficha de Inclusão - SPG/Coletivo Empresarial e Coletivo por Adesão

Para contratos firmados após 1º/01/1999 ou adaptados à Lei n.º 9656/98.



Todos os campos destacados com ícone serão preenchidos somente pelo Corretor.

Todas as páginas deste documento devem ser rubricadas pelo Proponente a Titular.

Companhia seguradora	CNPJ	Registro na ANS	Operadora	CNPJ	Registro na ANS
<b>Bradesco Saúde S.A.</b>	92.693.118/0001-60	005711	<b>Bradesco Dental (Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A.)</b>	57.746.455/0013-01	333689

	Tipo	Cia.	Contrato	Certificado	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante
	<b>3</b>					

### 01. Dados do proponente a titular

<b>Legenda</b>	<b>Sexo: 1 - Masc. 2 - Fem.</b>	<b>Estado civil: 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado</b>	<b>Parentesco: 1 - Cônjuge 2 - Filho 8 - Outros</b>
----------------	---------------------------------	--	---

Nome	CPF
------	-----

Preencher conforme legenda acima.	Sexo	Data de nascimento	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
-----------------------------------	------	--------------------	----------------------------------	--------------------------------

RIC (Registro de Identificação Civil)	Matrícula funcional	Data de admissão
---------------------------------------	---------------------	------------------

Natureza da identificação (RG, CNH etc.)	Número do documento	Órgão expedidor (DETRAN, IFP, CR etc.)	Data de expedição
--	---------------------	--	-------------------

Cargo/profissão	PIS/PASEP	País de origem (proponente/titular Estrang.)
-----------------	-----------	--

E-mail

Preencher conforme legenda acima.	Est. civil	Altura (cm)	Peso (kg)	Nome da mãe
-----------------------------------	------------	-------------	-----------	-------------

### 02. Proponente a titular - demitido ou aposentado (inativo). Não se aplica aos planos coletivos por adesão.

Situação ( )	Vitalício ( )	Data de cancelamento
1 - Demitido 2 - Aposentado	1 - Sim 2 - Não	

### 03. Endereço Residencial

Endereço completo (Abreviaturas: Rua (R.)/Avenida (Av.)/Praça (Pça.)/Alameda (Al.)/Apartamento (Ap.)/Bloco (Bl.)/Quadra (Qd.)/Edifício (Ed.)

Bairro	Cidade	CEP	UF
--------	--------	-----	----

(DDD) Telefone 1	Ramal	(DDD) Telefone 2	Ramal
------------------	-------	------------------	-------

### 04. Portabilidade/transferências (Bradesco ou outros planos/seguros de saúde)

( ) 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:

Nome da operadora de origem	Registro na ANS	Data de Início no plano de origem	Número do cartão do plano de origem
-----------------------------	-----------------	-----------------------------------	-------------------------------------

### 05. Dados do plano

Plano: ( ) Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia (Top)	Plano: ( ) Hospitalar com obstetrícia		
Rede (Se Efetivo, indicar a geração - I*, II*, III* ou IV.): ( ) Nacional III ( ) Nacional Flex ( ) Regional <sup>1</sup> ( ) Saúde 1+ ( ) Nacional II ( ) Preferencial <sup>1</sup> ( ) Regional ( ) Ideal ( ) Nacional ( ) Preferencial Plus <sup>1</sup> Noroeste Paulista ( ) Efetivo ___* ( ) Premium ( ) Preferencial Plus <sup>1</sup> ( ) Perfil <sup>1</sup> ( ) Nacional Plus ( ) Regional Goiás ( ) Saúde Rio <sup>1</sup> ( ) Efetivo Plus	Acomodação: ( ) Quarto ( ) Enfermaria (Exceto Premium e Nacional Plus)	Rede: ( ) Nacional ( ) Nacional Plus	Acomodação: ( ) Quarto ( ) Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus)
Código do plano na Cia.	Código região de cotação	Nome da região	<small>*Planos disponíveis exclusivamente para apólices vigentes.</small>

### 06. Forma de reembolso das despesas ocorridas fora da rede referenciada/credenciada

1. Crédito automático	Banco (N.º/Nome)	Agência (Cód./Díg.)
2. Ordem de pagamento ( ) (Somente agência Bradesco)	Nome da agência	Conta-corrente Díg.

### 07. Dados de angariação

	Código do angariador na Cia.	Código do corretor na Cia.	Data de angariação
	Código da agência na Cia.	Código do supervisor na Cia.	Código do preposto na Cia.

Assinatura do proponente a titular

## 08. Proponente(s) a dependente(s)

Legenda	Sexo: 1 - Masc 2 - Fem		Estado civil: 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/divorciado 5 - Outros				
	Parentesco: 1 - Cônjuge 2 - Filho 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro 6 - Tutelado 7 - Outros						
Código 01	Nome do dependente 01						( ) Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>
	CPF		Data de nascimento		Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção)
	Preencher conforme legenda.	Sexo	Est. civil	Parentesco	Nome da mãe do dependente 01		
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	

### 01. Portabilidade/transferências (Bradesco ou outros planos/seguros de saúde)

( ) 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica	Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:		
Nome da operadora de origem	Registro na ANS	Data de início no plano de origem	Número do cartão do plano de origem

Código 02	Nome do dependente 02						( ) Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>
	CPF		Data de nascimento		Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção)
	Preencher conforme legenda.	Sexo	Est. civil	Parentesco	Nome da mãe do dependente 02		
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	

### 01. Portabilidade/transferências (Bradesco ou outros planos/seguros de saúde)

( ) 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica	Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:		
Nome da operadora de origem	Registro na ANS	Data de início no plano de origem	Número do cartão do plano de origem

Código 03	Nome do dependente 03						( ) Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>
	CPF		Data de nascimento		Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção)
	Preencher conforme legenda.	Sexo	Est. civil	Parentesco	Nome da mãe do dependente 03		
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	

### 01. Portabilidade/transferências (Bradesco ou outros planos/seguros de saúde)

( ) 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica	Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:		
Nome da operadora de origem	Registro na ANS	Data de início no plano de origem	Número do cartão do plano de origem

Código 04	Nome do dependente 04						( ) Incapacitado para o trabalho <small>Necessário possuir essa condição no IR do proponente titular.</small>
	CPF		Data de nascimento		Altura (cm)	Peso (kg)	Data do vínculo (casamento ou união estável ou nascimento/adoção)
	Preencher conforme legenda.	Sexo	Est. civil	Parentesco	Nome da mãe do dependente 04		
	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	

### 01. Portabilidade/transferências (Bradesco ou outros planos/seguros de saúde)

( ) 1 - Portabilidade 2 - Transferência 3 - Não se aplica	Nas situações 1 e 2, anexar documentos e informar:		
Nome da operadora de origem	Registro na ANS	Data de início no plano de origem	Número do cartão do plano de origem

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de pai/mãe/responsável legal do(s) beneficiário(s) menor(es) de 12 anos indicado(s) acima, autorizo que a Bradesco Saúde realize o tratamento de seus dados pessoais, especificamente para os fins indicados neste documento, e reconheço que fui orientado a respeito das finalidades do tratamento e da possibilidade de revogação do meu consentimento a qualquer momento, ciente de que, nesse caso, a(s) criança(s) perderá(ão) a qualidade de beneficiário(s).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Local/data

Assinatura do proponente titular

Assinatura do angariador/corretor

## ANEXO CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operações de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESSA DOENÇA OU LESÃO**.

### **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo, ainda, oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância etc.)\* **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação de Declaração de Saúde por parte da operadora para essa doença ou lesão.

### **AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação, e nesse caso, deverá comunicar, imediatamente, ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento, nem rescisão do contrato. Caso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO:** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isso não significa que dará cobertura assistencial para doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br > Perfil Beneficiário.**

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS: **www.ans.gov.br > Perfil Beneficiário.**

**Beneficiário**

**Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_


Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Todos os campos destacados com ícone serão preenchidos somente pelo corretor.**

Companhia seguradora		<b>Bradesco Saúde S.A.</b>	CNPJ	92.693.118/0001-60	Registro na ANS	005711
	Cia.	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		
	<b>571</b>					

**09. Declaração de saúde**

Para habilitar-se à inclusão no seguro, V. S.<sup>a</sup> deverá preencher e assinar a Declaração de Saúde, registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador, e das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os proponentes a dependentes que pretenda incluir.

Caso se enquadre em uma das situações elencadas adiante, NÃO há obrigatoriedade de preenchimento da Declaração de Saúde:

- Ingresso em apólices coletivas empresariais com 30 (trinta) ou mais segurados, sendo que o pedido de inclusão, manifestado por meio desta ficha, está sendo realizado dentro do prazo de elegibilidade ao contrato (admissão/casamento/nascimento/adoção).
- Pedido de inclusão por portabilidade de carências, não sendo a segmentação assistencial do novo plano superior a do plano de origem, nos termos da Resolução Normativa editada pela ANS sobre o tema.
- Transferência entre planos da Bradesco Saúde, tendo permanecido no plano anterior por período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses, sem descontinuidade de cobertura, e não possuindo o novo plano segmentação assistencial superior a do plano de origem.

**INFORMAÇÕES RELEVANTES**

- 09.1. A Bradesco Saúde preza pela confiança e privacidade de seus clientes, adotando as melhores práticas de privacidade e proteção de dados pessoais, conforme definidas pela legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados pessoais, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados por meio deste instrumento para a sua execução e somente nos estritos limites e finalidades aqui previstos, como controlador de dados pessoais ou por meio de seus operadores, nos termos da lei aplicável ou com o devido embasamento legal, sem transferi-los a qualquer terceiro, exceto se expressamente autorizado pelo titular dos dados, por este ou outro instrumento ou, ainda, para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória ou em caso de decisão judicial que obrigue o fornecimento. Nesse sentido, a seguradora informa ainda que as informações solicitadas podem conter dados de natureza sensível, os quais serão tratados dentro dos limites e finalidades aqui previstos, em observância às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados, bem como das demais normas regulatórias e setoriais aplicáveis.
- 09.1.1. No relacionamento com seus clientes e no melhor interesse desses, a Bradesco Saúde enviará comunicações individuais, como, por exemplo, por e-mail ou SMS, com informações específicas sobre o plano de saúde contratado e/ou sobre demais serviços e benefícios pertinentes a esse.
- 09.1.2. Para mais informações sobre a forma pela qual tratamos os dados pessoais, acesse o Aviso de privacidade do app/site Bradesco Saúde e a Diretoria de Privacidade da Organização Bradesco ou entre em contato com nosso encarregado de Proteção de Dados, por meio do e-mail: [proteção.dados@bradescoseguros.com.br](mailto:proteção.dados@bradescoseguros.com.br).
- 09.2. No preenchimento desta Declaração de Saúde, V. S.<sup>a</sup> tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde. Alternativamente, poderá optar por um médico de sua escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 09.2.1. Caso opte pela orientação de médico referenciado, solicite, ao seu corretor, a relação de referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar esse procedimento.
- 09.3. Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças e/ou Lesões Preexistentes, como sendo aquelas que V. S.<sup>a</sup> tenha conhecimento no momento da assinatura da ficha de inclusão desse grupo, em relação a si próprio ou a qualquer um de seus dependentes que pretenda incluir no seguro.
- 09.4. Havendo Declaração de Doença e/ou Lesão Preexistente (DLP), a Bradesco Saúde aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT) para todas as doenças declaradas. Dessa forma, o proponente com DLP não terá direito aos procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e a eventos cirúrgicos ou internação em leitos de alta tecnologia relacionados à doença e/ou à lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- 09.5. A omissão de informação sobre a existência de Doença e/ou Lesão Preexistente no momento do preenchimento desta declaração, para si ou para qualquer dependente, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do seguro-saúde por fraude e responsabilizá-lo financeiramente pelos procedimentos referentes à doença e/ou à lesão declarada, nos termos da legislação em vigor (artigo 766 do Código Civil Brasileiro), os quais dispõem que o seguro poderá ser suspenso ou cancelado caso o segurado, por si ou por seu representante, faça declarações inexatas ou omita circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no preço do seguro.
- 09.6. Definição: Cobertura Parcial Temporária (CPT) é o período de 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as Doenças e/ou Lesões Preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, nesse período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aqueles que apresentam as características definidas na Portaria GM n.º 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

Você leu todas as informações importantes do item 09 da Declaração de Saúde? ( ) Sim ( ) Não

---

Você se compromete a preencher e não delegar a uma outra pessoa o preenchimento da Declaração de Saúde? ( ) Sim ( ) Não  
 Caso tenha sido dispensado do preenchimento da Declaração de Saúde, marque a opção "Sim".


---

Você se compromete a apresentar todos os esclarecimentos necessários que sejam de seu conhecimento e a consultar os seus dependentes para garantir que todas as informações fornecidas serão verdadeiras? ( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Local/data

Assinatura do proponente a titular

Assinatura do Angariador/Corretor

Companhia seguradora		<b>Bradesco Saúde S.A.</b>	CNPJ	92.693.118/0001-60	Registro na ANS	005711
	Cia.	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		
	<b>571</b>					

## 09. Declaração de saúde (continuação)


### PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO

Leia e preencha todas as questões de 1 a 31 com respostas Sim (S) ou Não (N). Todos os itens com SIM (S) deverão ser relatados, de forma detalhada, no item 32 ao fim da declaração.

A seguradora poderá solicitar documentos complementares (exemplo: laudos de exames, relatórios médicos) ou a realização de perícia para fins de análise médica.

Itens	Titular	Dependentes			
		Cód. 01	Cód. 02	Cód. 03	Cód. 04
1. Já realizou algum procedimento cirúrgico ou tem alguma cirurgia programada? Encontra-se em internação hospitalar ou domiciliar (home care)? Encontra-se afastado de sua atividade profissional? Se sim, informe, nos esclarecimentos, sobre o diagnóstico e a data da cirurgia ou da internação.					
2. Está ou tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico ou terapias como fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional e/ou fonoaudiologia? Se sim, qual indicação e qual ou quais tratamentos realizados e/ou indicados?					
3. Tem ou teve alguma doença endocrinológica, tal como diabetes, pré-diabetes, obesidade, hipotireoidismo, tireoidite, adenoma de hipófise e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
4. Tem ou teve câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).					
5. Tem ou teve alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral, hidrocefalia, mielomeningocele, atrofia muscular espinhal (AME), esclerose lateral amiotrófica (ELA) e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
6. Tem ou teve alguma anomalia dentofacial, doença bucomaxilofacial, das articulações temporomandibulares, bruxismo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
7. Tem ou teve alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe o tipo de doença, a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
8. Tem ou teve alguma doença cardíaca, tal como hipertensão arterial (pressão alta), angina, infarto do miocárdio, cardiopatia, arritmia, febre reumática e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
9. Tem ou teve alguma doença vascular, tal como varizes, aneurisma, trombose, vasculites, malformações arteriovenosas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
10. Tem ou teve alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal como doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, doença diverticular e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
11. Tem ou teve alguma doença reumatológica, tal como lúpus, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriásica e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
12. Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como escoliose, artrose, osteoporose, artrite, cifose, doença de Paget, fraturas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, a localização, o tratamento realizado e o período de tratamento. Em caso de cirurgia, possui placa, pinos, parafusos ou prótese?					
13. Tem ou teve hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, a localização, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
14. Tem ou teve alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe o tipo de doença, a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					

Assinatura do proponente a titular

Companhia seguradora		<b>Bradesco Saúde S.A.</b>	CNPJ	92.693.118/0001-60	Registro na ANS	005711
	Cia.	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		
	<b>571</b>					

## 09. Declaração de saúde (continuação)


Itens	Titular	Dependentes			
		Cód. 01	Cód. 02	Cód. 03	Cód. 04
15. Tem ou teve alguma doença do sangue tal como anemia (pós bariátrica, falciforme, talassemia e outras), leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo, hemoglobinúria paroxística noturna e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento. Submeteu-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.					
16. Tem ou teve alguma doença dermatológica, tal como psoríase, dermatite atópica, hidradenite, urticária e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
17. Tem ou teve alguma doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia, glaucoma, estrabismo, ceratocone, degeneração macular, retinopatia, uveíte e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessário.					
18. Tem ou teve doença psiquiátrica tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe o tipo de doença, a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.					
19. Tem diagnóstico ou está em investigação de transtornos do espectro autista ou de outras alterações do desenvolvimento infantil? Se sim, informe o tipo de transtorno, a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
20. Tem ou teve alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, endometriose, pólipos uterinos, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
21. Tem ou teve alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, doença renal policística, insuficiência renal, doença de próstata (hiperplasia benigna), varicocele e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
22. Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infectocontagiosas, tais como HIV, doenças venéreas, HPV (papilomavírus), hepatite, meningite, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
23. Em relação à doença COVID-19, precisa ou precisou de internação hospitalar ou em UTI? Tem ou teve alguma complicação ou seqüela da infecção?					
24. Tem ou teve qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos? É portador de alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a deficiência ou seqüela, a data da ocorrência e o tratamento realizado.					
25. Tem ou teve alguma doença ou deformidade congênita, genética ou hereditária? Se sim, informe o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
26. Faz ou fez algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
27. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent, derivação ventriculoperitoneal, implante auditivo e outros? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
28. É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe o tipo de transplante, a data do transplante ou a data de indicação do transplante.					
29. Tem ou teve hérnia tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, especifique a localização e a data da cirurgia.					
30. Está grávida? Se sim, informe o tempo de gravidez, se há acompanhamento de diabetes gestacional ou hipertensão arterial e se há alguma alteração identificada no ultrassom.					
31. Tem ou teve alguma doença e/ou lesão preexistente que não tenha sido perguntada? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento. Este item também pode ser usado para alterar ou acrescentar alguma informação prestada nos itens anteriores desta Declaração de Saúde.					


**Certifique-se de que foram preenchidas todas as vias da Declaração de Saúde.**

Assinatura do proponente a titular





 Todos os campos destacados com ícone serão preenchidos somente pelo corretor.

Companhia seguradora		<b>Bradesco Saúde S.A.</b>	CNPJ	92.693.118/0001-60	Registro na ANS	005711
	Cia.	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		
	571					

**12. Declarações do proponente - SEGURO-SAÚDE**

Em razão da proposta de contratação do Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar e do preenchimento da presente Ficha de Inclusão, declaro o seguinte:

1. Que autorizo a inclusão do meu nome e do de meus dependentes na apólice de seguro-saúde, solicitada à Bradesco Saúde S.A. pelo estipulante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.
2. Que, para todos os efeitos legais, li e entendi este documento, em especial o item Declaração de Saúde, e que nada omiti sobre meu estado de saúde e o de meus dependentes e que esses foram consultados para o correto preenchimento da referida declaração, tendo prestado informações completas e verídicas.
3. Que autorizo que médicos e/ou clínicas consultados durante a utilização do meu seguro prestem, aos médicos da Bradesco Saúde S.A., para fins de prevenção a fraudes e, quando necessário, para o exercício regular dos direitos da Bradesco Saúde S.A., informações sobre o meu estado de saúde, podendo tais informações serem utilizadas como meios de provas em direito admitidas ou junto a órgãos reguladores e a órgãos de classe, sem que isso represente qualquer ofensa ao sigilo médico, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade relacionada à violação do sigilo profissional, sendo observadas a privacidade e a proteção dos dados pessoais, assim como a legislação aplicável.
4. Que me responsabilizo, em meu nome e no de meus dependentes, pela veracidade de todas as declarações feitas nesta ficha, em especial, mas não se limitando, às relacionadas ao item 4 - Portabilidade/Transferência, sejam

elas preenchidas manualmente ou digitadas, assegurando, ainda, que não houve omissão de qualquer informação que possa influenciar na aceitação desta proposta ou na isenção/redução dos prazos de carência.

5. Autorizo que as minhas informações fornecidas neste documento, bem como as de meus dependentes, especialmente as dos menores de 12 (doze) anos, sejam utilizadas para fins de programas de gestão e promoção da saúde desenvolvidos pela seguradora ou por empresas por ela contratadas.
  - 5.1. Em caso de discordância com o descrito no item 5, devo me manifestar por meio de carta de próprio punho, direcionada à Bradesco Saúde, anexada a esta ficha.
6. Que a conta-corrente informada para crédito dos reembolsos é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o banco indicado a efetuar o crédito na respectiva conta-corrente. Estou ciente de que qualquer alteração cadastral havida na conta-corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à seguradora.
7. Que o produto indicado nesta ficha está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Estou também ciente de que:

1. O seguro só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei na Declaração de Saúde poderão levar a seguradora a solicitar esclarecimentos e/ou acolher o seguro com aplicação da Cobertura Parcial Temporária (CPT). Somente com a disponibilização do Cartão de Identificação ficará caracterizada a aceitação desta ficha.
2. Será aplicada a Cobertura Parcial Temporária sempre que forem identificadas Doenças e/ou Lesões Preexistentes, independente de eventual redução ou isenção de carências pela seguradora. CPT não é carência!

Tenho conhecimento:

- Do inteiro teor das Condições Gerais desse seguro, cuja cópia poderá ser obtida junto ao estipulante;
- Das regras de reembolso do meu plano, em conformidade com o documento denominado "Atributos do Plano" e com as Condições Gerais, que podem ser solicitadas ao estipulante. Caso a modalidade seja reembolso específico, essa informação estará expressamente indicada na área logada do segurado no site bradescoseguros.com.br, no item "Meu Plano de Saúde > Informações Cadastrais".
- Das condições de cobertura do Seguro Viagem Bradesco, se contratada, também em poder do estipulante e disponível para consulta;
- Do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e do Guia de Leitura Contratual, entregues pelo estipulante.

Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda 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 nº 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Saúde, consulte a nossa Política de Privacidade disponível para consulta em <http://www.bradescoseguranca.com.br>>Segurança da Informação> Privacidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Local/data

Assinatura do proponente a titular

## Declaração do proponente

Ficha de Inclusão - SPG/Coletivo Empresarial e Coletivo por Adesão



Todos os campos destacados com ícone serão preenchidos somente pelo corretor.

Companhia seguradora **Bradesco Dental (Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A.)** CNPJ 57.746.455/0013-01 Registro na ANS 333689

Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante
----------	-----------	---

### 13. Declaração do proponente - PLANO ODONTOLÓGICO

Pela presente, autorizo a minha inclusão, bem como a de meus dependentes, no Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Plano Coletivo), firmado pelo contratante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais do referido contrato, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido contratante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste termo de opção, inclusive as que estão impressas.

Estou ciente de que a operadora poderá utilizar-se de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este contrato, autorizando o fornecimento das informações necessárias ao dentista indicado pela operadora, sendo observadas a privacidade e a proteção dos meus dados pessoais, bem como a legislação aplicável.

Estou ciente, também, de que tanto eu como meus dependentes poderemos ser convocados, a qualquer momento, para nos submetermos a exames de auditoria odontológica, em consultórios indicados pela Operadora, sem que eu tenha de arcar com o ônus financeiro desse atendimento, tendo tal convocação o caráter de obrigatoriedade.

Tenho conhecimento de que o Departamento de Recursos Humanos de minha empresa (contratante), nos casos de apólices coletivas empresariais, ou o contratante, nos casos de apólices coletivas por adesão, está apto a prestar-me esclarecimentos a respeito das Condições Gerais do contrato, inclusive quanto às regras para utilização do plano, para inclusões fora do prazo, opções de aumento de cobertura, se assim estiverem previstos.

Declaro, ainda, que a presente opção é feita de livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais do Contrato Coletivo que se encontra em poder do contratante, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) - Odontológico, entregue pelo contratante.

As operadoras, Bradesco Saúde e Mediservice, declaram que cumprem toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados por meio deste instrumento para a sua execução e somente nos estritos limites e finalidades aqui previstos, como controlador de dados pessoais ou por meio de seus operadores, nos termos da lei aplicável ou com o devido embasamento legal, sem transferi-los a qualquer terceiro, exceto se expressamente autorizado pelo titular dos dados, por este ou outro instrumento ou, ainda, para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória ou em caso de decisão judicial que obrigue o fornecimento. Nesse sentido, as operadoras informam ainda que as informações solicitadas podem conter dados de natureza sensível, os quais serão tratados dentro dos limites e finalidades aqui previstos, em observância às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados, bem como das demais normas regulatórias e setoriais aplicáveis.

Para mais informações sobre a forma pela qual tratamos os seus dados pessoais, acesse a Diretiva de Privacidade ou entre em contato com nosso encarregado de proteção de dados, por meio dos e-mails: [protecao.dados@bradescoseguros.com.br](mailto:protecao.dados@bradescoseguros.com.br) e [privacidade.dados@odontoprev.com.br](mailto:privacidade.dados@odontoprev.com.br).

Os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda 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.º 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Saúde e pela Mediservice, consulte a nossa Política de Privacidade disponível para consulta em <http://www.bradescoseguranca.com.br> > Segurança da Informação > Privacidade e <https://portal.odontoprev.com.br/home/portugues/politica-de-privacidade/index.xhtml>.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Local/data

Assinatura do proponente a titular

**Central de Atendimento a Clientes**  
Consultas e Informações.

Capitais e Regiões Metropolitanas: **4004 2700**  
Demais Localidades: **0800 701 2700**

Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados.

SAC: **0800 727 9966**

Atendimento acessível em Libras:

**[bradescoseguros.com.br/clientes/atendimento/atendimento-sac-libras](http://bradescoseguros.com.br/clientes/atendimento/atendimento-sac-libras)**

Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: **0800 701 7000**

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

## Guia de Leitura Contratual

Página do Contrato

		Página do Contrato
<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	4
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	Anexos e Atributos
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	Anexos e Atributos
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória 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.	Anexos e Atributos
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	12
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	20
<b>DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças ou lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	22

Apólice: 5227 – Estipulante: SOCIEDADE BRASILEIRA DE FISICA SBF

<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, esse período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	22
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	39
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	34
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	34
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	36 a 38
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/98)</b>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada a coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	—

Para informar-se sobre esses e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO**

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa - RN nº 557/2022, 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](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)