

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A. CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Cia 571	Apólice	Subfatura	Número da Proposta
--	-------------------	---------	-----------	--------------------

Nome da Empresa Estipulante / Subestipulante
CAIXA DE ASSISTENCIA SOCIAL DA FIPECQ

Código	Sexo 1- Masc 2- Fem	Estado Civil (est. Civil) 1- Solteiro 2- casado 3- Viúvo 4- Separado/Divorciado	Parentesco 1- Cônjuge 2- Filho 8- outros
--------	------------------------	--	---

01. Dados do Titular			
Nome	CPF	Sexo	Data de Nascimento
Matrícula Funcional	Data de Admissão	Natureza Identificação (RG,CNH, etc)	Número do Documento
		Orgão Expedidor (IFP, CR, etc)	Data de Expedição
Cargo/ Profissão ASSOCIADO	PIS/PASEP	Pais de Origem (proponente Estrangeiro)	Cód. (uso da Cia).
Dados Adicionais do Titular	Est. Civil (Código)	Altura (cm)	Peso (Kg)
		Data de Início de Vigência	Nome da Mãe

02. Endereço			
Endereço Completo (Abreviaturas: Rua (R) / Avenida (Av) / Praça (Pca) / Alameda (Al) / Apartamento (Ap) / Bloco (Bl) / Quadra (Qd) / Edifício (Ed)			
Bairro	Cidade	CEP	UF
(DDD) Telefone 1	Ramal	(DDD) Telefone 2	Ramal

03. Transferências (Outros Planos/Seguros de Saúde) PARA PREENCHIMENTO SOMENTE PELA MATRIZ			
1. Sim 2. Não ()	Caso SIM anexar documentação e informar:	Nome da Cia	Código
		Data de Início	Número do Cartão

04. Dados do Plano			
Rede ☐ Nacional ☐ Preferencial ☐ Regional ☐ Perfil ☐ Nacional Plus ☐ Preferencial Plus ☐ Nacional Flex ☐ Premium	Acomodação ☐ Quarto ☐ Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus)	Código do Plano	Código Região
		Nome da Região	

05. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Referenciada			
1. Crédito Automático 2. Reembolso através de O.P. ()	Banco (Nº.)	Agência (Cód/Dig)	Conta (Número / Dígito)
			Tipo de Conta
			0 – Conta Corrente Individual 1 – Conta Corrente Conjunta 2 – Conta Poupança Individual 3 – Conta Poupança Conjunta

06. Dados de Angariação			
Código do Angariador na Cia	Código do Corretor na Cia	Data de Angariação	Código da Agência na Cia
			Carência
Código do Supervisor na Cia	Código do Preposto na Cia		

07. Dependente(s)					
Cód.	Nome do Dependente 01	CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
1	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 01
Cód.	Nome do Dependente 02	CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
2	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02
Cód.	Nome do Dependente 03	CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
3	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03
Cód.	Nome do Dependente 04	CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
4	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 04

_____, _____ de _____ de _____
Local / Data

Assinatura do Proponente	Assinatura do Angariador
MARÇO/2012	PAG. 1 / 11

CÓD. FORM. ELETR. 0835

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras 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 desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema 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 ESTA 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 isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravio, 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.º) **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 estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta 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, neste 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 a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as 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: _____
	CPF: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A. CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Cia 571	Apólice	Subfatura	Número da Proposta
--	-------------------	---------	-----------	--------------------

08. Declaração de Saúde

Para habilitar-se à contratação deste seguro, V.S^a 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 dependentes que pretenda incluir no seguro.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

08.1 No preenchimento desta Declaração de Saúde, V.S^a tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

08.1.1 Caso opte pela orientação de médico referenciado, solicite ao seu Corretor a Relação de Referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar este procedimento.

08.2 Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que V.S^a tenha conhecimento no momento da assinatura da proposta deste grupo, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes que pretende incluir no seguro.

08.3 Havendo Declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida pela Bradesco Saúde a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) – V.S^a ou qualquer de seus dependentes, não terá direito aos procedimentos de alta complexidades, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Nenhuma cobertura poderá ser negada a V.S^a, ou a qualquer um de seus dependentes, para doenças ou lesões preexistente não declarada, até que a Bradesco Saúde apresente as provas concretas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que V.S^a omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta Declaração de Saúde. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual V.S^a saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, para si ou para qualquer dependente, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do seguro. Nesse caso, V.S^a será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Bradesco Saúde alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Artigo 766 do Código Civil Brasileiro – “se o Segurado por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.”

DEFINIÇÃO IMPORTANTE

Conforme os normativos da ANS, segue a definição de Cobertura Parcial Temporária (CPT) :

Cobertura Parcial Temporária (CPT) : período de 24 (vinte e quatro meses), estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidade de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentam as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

_____, _____ de _____ de _____
Local / Data

Assinatura do Proponente

Assinatura do Angariador

Companhia Seguradora:
Bradesco Saúde S.A.
CNPJ 92.693.118/0001-60
Registro na ANS: 005711

Cia
571

Apólice

Subfatura

Número da Proposta

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO

Para o preenchimento da Declaração de Saúde abaixo, V.Sª poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A.

Se V.Sª preferir algum médico referenciado para realização da consulta, esta não lhe trará qualquer ônus. A consulta também pode ser feita com um médico não referenciado de sua escolha e, neste caso a despesa ficará por sua conta. Os campos de 1 a 31, deverão ser preenchidos com S (Sim) ou N (Não). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.

Itens ↓	Respostas dos Proponentes: S (Sim) ou N (Não) →	Titular	Dependentes				
			1º	2º	3º	4º	5º
1. É portador de diabetes? Se sim, informe no quadro ao final deste questionário a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a ela associadas.							
2. É portador de alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
3. É portador de 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).							
4. É portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tal como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
5. Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.							
6. É portador de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.							
7. É portador de alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia. Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento e a data da cirurgia.							
8. É portador de hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
9. É portador de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
10. É portador de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
11. É portador de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							

_____, _____ de _____ de _____

Local / Data

Assinatura do Proponente
Assinatura do Angariador

MARÇO/2012

PAG. 5 / 11

CÓD. FORM. ELETR. 0835

Companhia Seguradora:
Bradesco Saúde S.A.
CNPJ 92.693.118/0001-60
Registro na ANS: 005711

Cia
571

Apólice

Subfatura

Número da Proposta

08. Declaração de Saúde (Continuação)

Itens ↓	Respostas dos Proponentes: S (Sim) ou N (Não) →	Titular	Dependentes				
			1º	2º	3º	4º	5º
12. É portador de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
13. É portador de hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
14. É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
15. É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular, cerebral (derrame) doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
16. É portador de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.							
17. É portador de alguma doença de sangue tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
18. Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.							
19. É portador de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, 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 necessária.							
20. É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
21. É portador de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
22. É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.							
23. É portador de varizes? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
24. É portador de alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de seqüela.							
25. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
26. É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.							

_____, _____ de _____ de _____

Local / Data
Assinatura do Proponente
Assinatura do Angariador

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A. CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS- 005711	Cia 571	Apólice	Subfatura	Número da Proposta
--	-------------------	---------	-----------	--------------------

08. Declaração de Saúde (Continuação)

Itens ↓	Respostas dos Proponentes: S (Sim) ou N (Não) →	Titular	Dependentes				
			1º	2º	3º	4º	5º
27. Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.							
28. É portador de qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
29. É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.							
30. Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.							
31. Tem indicação para submeter-se proximo a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.							

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

Se a resposta a algum dos itens acima for positiva, para qualquer um dos proponentes, responder de acordo com o que foi solicitado, especificando o item e o código do proponente. Este campo também pode ser utilizado para comentários ou informações adicionais que se fizerem necessários.

Item	Código do Proponente	Esclarecimentos

09. Entrevista Qualificada

- ()
1. Declaro que fui orientado por médico referenciado da Bradesco Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.
 2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da Bradesco Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde.
 3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas, e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nessa Declaração.

_____, _____ de _____ de _____

Local / Data

Assinatura do Proponente

Assinatura do Angariador

Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso.

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A. CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS- 005711	Cia 571	Apólice	Subfatura	Número da Proposta
--	-------------------	---------	-----------	--------------------

10. Declaração do Proponente a Segurado Titular

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o “Manual de Orientação ao Beneficiário para Contratação de Planos de Saúde” (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), **CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:**

1. Solicito minha adesão ao seguro contratado pela Estipulante com o qual mantenho vínculo legal e contratualmente exigível, conforme faz prova a documentação entregue neste ato.

2. Caso a presente proposta não seja aceita pela Seguradora, em decorrência de comprovada falta de elegibilidade, os valores pagos com a finalidade de efetivar a contratação, serão devolvidos a mim pelo Estipulante que a tiver recebido.

3. Somente serão aceitos como meu(s) dependente(s) neste seguro, desde que comprovadamente:

- cônjuge;
- companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 21 anos ou, se estudantes universitários, até 24 anos; e
- Menor que, por determinação judicial, esteja sob tutela, mediante apresentação do termo judicial que comprove esta situação;
- filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração de Imposto de Renda do Segurado titular.

4. Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste documento, inclusive as que estão impressas, fornecidas por mim ou meu(s) dependente(s), bem como pela documentação entregue e que poderão influir na minha aceitação no presente seguro, assim como em sua manutenção ou no valor do prêmio mensal, sendo sabedor de que dados incorretos ou omissão de informações poderão acarretar na perda de meus direitos e de meu(s) dependente(s) às coberturas contratadas.

5. Havendo minha aceitação neste seguro, os direitos por ele garantidos terão início na data indicada no campo “Início da Vigência”, do presente termo, quando eu e meu(s) dependente(s) seremos denominados “Segurados”, e serão outorgados amplos poderes ao Estipulante para nos representar perante a Seguradora e demais envolvidos nesta relação, principalmente no cumprimento ou alteração das cláusulas contratuais que regem a apólice de seguro contratada, bem como nos encaminhar todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, especificamente àqueles referentes a reajustes e cancelamento.

6. A apólice da qual farei parte tem vigência de 24 (vinte e quatro) meses e renovação automática por período indeterminado, salvo por denúncia expressa de qualquer das partes – Estipulante ou Seguradora – sendo que, neste caso, serei comunicado do cancelamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término do benefício, pelo Estipulante, conforme definido no item anterior.

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A. CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Cia 571	Apólice	Subfatura	Número da Proposta
--	-------------------	---------	-----------	--------------------

10. Declaração do Proponente a Segurado Titular**7. Direitos e Obrigações:**

7.1. Das Coberturas: conforme Condições Gerais do seguro, são as despesas médico-hospitalares constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, observadas as Diretrizes de Utilização e suas Diretrizes Clínicas, editado pela ANS vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde, 10ª Revisão CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), observando-se, ainda, o disposto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9656/98, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares, exclusivamente para os tratamentos realizados na área de abrangência geográfica contratada.

7.2. Das Coberturas Adicionais: aquelas que excederem às previstas no item 7.1 do presente termo.

7.3. Das Coberturas Excluídas: conforme Condições Gerais, são aquelas que não se enquadram na definição do item 7.1 do presente termo ou 7.2, caso tenha havido contratação de coberturas adicionais.

7.4. Da utilização, conforme Condições Gerais do seguro:

a) Livre Escolha de Prestadores de Serviço: Quando o Segurado utilizar um prestador de serviços que não fizer parte da rede referenciada do produto contratado, o pagamento dos serviços, inclusive os relativos aos casos de urgência e emergência, será sempre feito por reembolso ao Segurado, para eventos cobertos pelo seguro, de acordo com os limites estabelecidos no contrato e desde que o prestador esteja localizado na abrangência geográfica e área de atuação contratadas, ficando assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede referenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

b) Atendimento na Rede Referenciada: Quando o Segurado não utilizar o regime de reembolso e recorrer à Rede Referenciada, o pagamento dos serviços médico-hospitalares poderá ser feito pela Seguradora, por conta e ordem do Segurado, quando ficar perfeitamente caracterizada a cobertura do evento médico-hospitalar, observadas as condições contratadas.

A utilização dos serviços de médicos, clínicas, hospitais e laboratórios do sistema referenciado deverá observar a rede referenciada, do produto contratado.

7.5. Das Carências: conforme Condições Gerais do seguro, é o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de meu ingresso e de meu(s) dependente(s) no seguro, durante o qual não poderão ser usufruídas as coberturas garantidas.

7.6. Da Cobertura Parcial Temporária (CPT): Conforme Condições Gerais do seguro, é o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de minha inclusão ou de meu(s) dependente(s), e que, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistente, não poderemos fazer uso dos seguintes procedimentos:

- a) Procedimento de Alta Complexidade (PAC);
- b) Internação em leitos de alta tecnologia; e
- c) Eventos cirúrgicos.

Companhia Seguradora:
Bradesco Saúde S.A.
CNPJ 92.693.118/0001-60
Registro na ANS: 005711

Cia

571

Apólice

Subfatura

Número da Proposta

10. Declaração do Proponente a Segurado Titular

7.7. Da Autorização Prévia: Somente necessitarão de prévia autorização para a realização na rede referenciada, os atendimentos ambulatoriais eletivos, as internações clínicas e cirúrgicas eletivas e as terapias e exames clínicos e laboratoriais, excetuando-se, aqueles previstos nas Condições Gerais do seguro.

7.8. Do pagamento do prêmio mensal: É a quantia que o Estipulante cobrará do Segurado Titular, que deverá pagá-la mensal e antecipadamente, afim de que tenha direito às coberturas contratadas. Esta quantia será definida segundo valores específicos por faixa etária e o seu vencimento será fixado considerando o dia em que tiver sido paga a primeira mensalidade. A este valor serão somados eventuais taxas. Em caso de atraso no pagamento, o valor será acrescido de 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%), calculada em base pro rata dia, da data do vencimento até a data do efetivo pagamento. O reajuste anual do prêmio ocorrerá conforme previsto no item adiante.

7.9. Do reajuste do prêmio: Conforme Condições Gerais do seguro, o valor do prêmio mensal, cujo pagamento é de minha responsabilidade, poderá sofrer reajustes nas situações adiante previstas, sendo que não ocorrerá em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, salvo disposição em contrário prevista em legislação específica e exceto na condição prevista na alínea "a" adiante. A sua aplicação ocorrerá no mês de aniversário do contrato firmado entre o Estipulante e a Seguradora, independente da data de minha adesão ao presente seguro:

- a) reajuste por Mudança de Faixa Etária;
- b) reajuste Financeiro; e
- c) reajuste por Sinistralidade.

7.10. Das alterações cadastrais: Toda e qualquer alteração em dados relativos ao meu cadastro e de meu(s) dependente(s), tais como perda de elegibilidade ou cancelamento da adesão ao seguro devem ser informadas ao Estipulante, respeitadas as condições e prazos previstos nas Condições Gerais.

7.11. Do cancelamento do certificado de seguro: O cancelamento do certificado poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a) por manifestação expressa do Segurado Titular ao Estipulante;
- b) em caso de morte do Segurado Titular;
- c) em caso de perda da elegibilidade de qualquer dos participantes;
- d) por inexatidão ou omissão no preenchimento deste documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita ao Estipulante;
- e) por falta de pagamento de 1 (uma) mensalidade ao Estipulante por prazo superior a 30 (trinta) dias; e
- f) em caso de infrações ou fraudes comprovadas.

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A. CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Cia 571	Apólice	Subfatura	Número da Proposta
--	-------------------	---------	-----------	--------------------

10. Declaração do Proponente a Segurado Titular

7.11.1. Na ocorrência do cancelamento previsto neste item, devolvarei imediatamente ao Estipulante o(s) cartão(ões) de identificação de todos os participantes do seguro, assumindo a responsabilidade pelo seu uso indevido, quaisquer que sejam as suas consequências.

7.12. Da reinclusão: Tendo havido o cancelamento do meu certificado de seguro em decorrência de inadimplência ou por minha opção, sem qualquer relação com as demais razões expostas no item anterior, o Estipulante poderá solicitar minha reinclusão e de meu(s) dependente(s) à Seguradora, sendo certo que terei de cumprir todas as carências contratuamente previstas e eventual CPT, junto com meu(s) dependente(s), independente do período anterior em que estive sob a cobertura deste seguro, bem como pagar todos os débitos que ensejaram o cancelamento.

7.13. Da responsabilidade pela comprovação dos dados informados: É de responsabilidade do Segurado Titular a apresentação de quaisquer documentos solicitados pela Seguradora que complementem ou comprovem as informações por mim fornecidas no presente termo.

7.14. Da desistência: Tenho a opção de desistir desta proposta e se o fizer em até 7 (sete) dias contados da data de minha assinatura neste documento, não haverá nenhum ônus. Após este prazo, autorizo que me sejam cobradas as taxas de cadastramento e implantação, bem como o valor do prêmio mensal deste seguro.

7.15. Do foro: O foro competente para dirimir questões relativas a este seguro é o da comarca de meu domicílio.

8. Tenho conhecimento de que o benefício da continuidade assistencial garantido pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações aos demitidos e aposentados, respectivamente, não se aplicam a mim, visto serem específicos para os seguros de contratação do tipo Coletivo Empresarial, diferente deste ao qual estou aderindo através do presente documento, que é Coletivo por Adesão.

Declaro, ainda:

Ter conhecimento da existência e disponibilidade do “Plano Referência” instituído pela Lei nº 9.656/98, código na ANS 463546109, o qual me foi oferecido mas, optei pela adesão ao plano indicado na página 1 deste documento, que apresenta outra composição de coberturas.

Adesão a este seguro por ser de meu interesse, e de livre e espontânea vontade, 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.

Ter recebido cópia deste Termo de Adesão com a Declaração de Saúde e da Carta de Orientação ao Beneficiário, bem como tenho conhecimento do valor inicial do prêmio mensal do plano que escolhi.

Ter conhecimento de que receberei, após a minha aceitação e de meu(s) dependente(s), Cartão(ões) de Identificação com Guia de Leitura Contratual (GLC) e Lista de Referência.

Este Manual deverá ser entregue ao proponente.

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 enfermaria. 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