

Manual do Corretor Bradesco Saúde e Bradesco Dental - SPG

O guia que vai ajudá-lo a oferecer um atendimento ainda melhor aos seus Clientes.



ÍNDICE

SAÚDE

• Sobre a Bradesco Saúde	4
• Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor	5
• Produtos	7
• Modalidade de Inclusão	7
• Opções de Cobertura	7
• Acomodações	8
• Coparticipação	8
• Formação do Preço	8
• Modalidade de Pagamento.....	8
• Reajuste por Mudança de Faixa Etária	9
• Condições Contratuais	10
• Grupo Elegível	11
• Solicitação de Estudo/Proposta	14
• Linhas de Planos	15
• Tabela de Planos	17
• Prazos para Autorização de Procedimentos Médicos	18
• Reembolso	18
• Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)	22
• Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários	25
• Diferenciais da Bradesco Saúde	30
• Canais Importantes	34

DENTAL

• Sobre a Bradesco Dental	36
• Relacionamento Bradesco Dental - Corretor	37
• Pós-venda Bradesco Dental SPG	38
• Produtos Bradesco Dental SPG	39
• Planos	39
• Abrangência	43
• Modalidade de Inclusão	44
• Formação do Preço	44
• Reajuste do Contrato	44
• Vigência e Renovação do Contrato	44
• Grupo Elegível	45
• Rede UNNA	46
• Solicitação de Estudo/Proposta	47
• Reembolso	48
• Carência	50
• Documentação Necessária para Implantação do Contrato	50
• Diferenciais da Bradesco Dental	52
• Canais Importantes	54

PREZADO CORRETOR,

Quem comercializa Planos de Saúde sabe que solidez, segurança e qualidade são fundamentais para atender às necessidades dos Clientes e garantir o sucesso das vendas.

Por isso, desenvolvemos o **Manual do Corretor Bradesco Saúde e Bradesco Dental SPG** com o objetivo de fornecer todas as informações que você precisa para aprimorar suas vendas. Aqui você encontra as principais características dos nossos produtos e informações técnicas a serem observadas para o fechamento de novos negócios.

Estaremos à disposição para apoiá-lo sempre que for necessário. Conheça os nossos produtos e boas vendas!

Atenciosamente,

Bradesco Seguros

Sobre a **Bradesco Saúde**



Atuando desde 1984, a Bradesco Saúde tornou-se líder no mercado de saúde suplementar brasileiro devido à atenção dada às necessidades dos Beneficiários e à parceria com a Rede Referenciada.

Sinônimo de **qualidade, credibilidade, solidez e segurança**, a Bradesco Saúde está presente em todo o território nacional, com produtos criados para atender ao segmento empresarial da melhor forma possível:

- ✓ Na diversidade dos produtos e nas opções de contratação;
- ✓ Na abrangência da Rede Referenciada, composta por profissionais reconhecidos e de centros de referência em todos os campos da medicina;
- ✓ Na valorização do sistema de atendimento, por meio de constantes investimentos em informatização e treinamento de pessoal especializado;
- ✓ Na tecnologia empregada em suas operações.

A Bradesco Saúde é controladora integral da Mediservice, Empresa dedicada à Operação de Planos de Saúde na modalidade pós-pagamento.

Tudo isso contando com a tradição e segurança do Grupo Bradesco, que garante a excelência de seus produtos.

Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor

PORTAL DE NEGÓCIOS

O Site **Portal de Negócios** é um ambiente exclusivo, muito prático e simples, criado especialmente para você, Corretor.

Por intermédio dele, você tem acesso a serviços e notícias do Grupo Bradesco Seguros, de qualquer lugar e a qualquer hora do dia, proporcionando maior controle, agilidade e aumentando, ainda mais, o seu potencial de negócios.



Cadastrado no **Portal de Negócios**,
você pode consultar:



Perfil de Clientes



Material de Apoio à Venda



Informe de Rendimentos



Novidades em Produtos e Serviços



Rede Referenciada



Emissão Expressa



Movimentação Expressa (MOVE)



Cadastro de Produtores

Acesse o *link* no Portal Bradesco Seguros:
bradescoseguros.com.br.

Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor

Pós-venda por Intermédio da Central de Relacionamento

A Bradesco Saúde mantém uma estrutura de relacionamento, voltada para o suporte aos Corretores e Clientes, por intermédio de atendimento telefônico, com equipes destinadas a prestar atendimento à área de Recursos Humanos, proporcionando informações necessárias e auxiliando os gestores no acompanhamento dos processos que envolvam a utilização do Plano de Saúde, tais como:

- Segunda via de Carnê de Pagamento (exclusivamente para o Contratante);
- Segunda via de Cartão de Identificação;
- Segunda via de Contrato (exclusivamente para o Contratante);
- Segunda via de Lista de Referência;
- Reanálise de Reembolso.

Além de realizar os serviços mencionados, a Central de Relacionamento SPG também oferece orientações para assuntos como: problemas no pagamento de faturas, abertura de subfatura, informações sobre reajustes, cadastro e liberação de acesso à ferramenta SIGE (Contratos com 100 a 199 pessoas), alteração de dados bancários da Empresa Contratante, dentre outros.

4004 2761 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2761 (demais localidades)

Universeg

É extremamente importante que você detenha conhecimento completo sobre os serviços contemplados no Plano de Saúde para que possa orientar corretamente o proponente.

Bem informado, você conseguirá melhores resultados de vendas!

Com esse intuito, a Bradesco Saúde disponibiliza, pela Universeg, cursos de treinamento para que você conheça as características dos nossos produtos e os nossos diferenciais competitivos. Além de se familiarizar com o Sistema de Saúde Suplementar no Brasil, com a regulação do setor, dentre outros aspectos.

Por tudo isso, é importante mantermos a nossa marca cada vez mais **forte e presente** no mercado. Para isso, contamos com a sua ajuda, Corretor, na continuidade do nosso trabalho, zelando sempre pela ética, qualidade e responsabilidade em nossos negócios.



Produtos

A Bradesco Saúde possui planos **adaptados ao perfil de cada Empresa:**

SPG 3: Seguro para Grupos de 3 a 29 pessoas.

SPG 30: Seguro para Grupos de 30 a 99 pessoas.

SPG 100: Seguro para Grupos de 100 a 199 pessoas.

Modalidade de **Inclusão**



Compulsória:

Inclusão de todo o grupo elegível, desde que na totalidade do grupo ou subgrupo definido, e independente do tamanho do quadro funcional da Empresa Contratante. Válida para os Titulares e todos os seus dependentes.



Opcional:

Não há obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo elegível vinculado à Empresa Contratante.

Opções de **Cobertura**



Completa:

Garante a assistência nos segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangendo a cobertura de despesas relativas a consultas, exames simples e especiais, terapias, tratamentos ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas.

Disponível para todos os planos.

Hospitalar com Obstetrícia:

Planejado para atender, principalmente, aos eventos relacionados a grandes riscos do segmento hospitalar com obstetrícia. Garante a cobertura de despesas médicas e hospitalares relativas a internações clínicas ou cirúrgicas.

Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

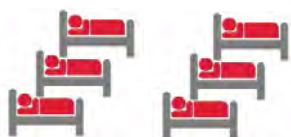
Além dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, que são: rim, córnea e medula óssea, incluindo as despesas com doador vivo, quando for o caso, a Bradesco Saúde oferece cobertura para os seguintes transplantes: coração, cardiopulmonar, pulmão, fígado, pâncreas e duplo rim-pâncreas.

Acomodações



A Bradesco Saúde disponibiliza dois padrões de acomodação hospitalar:

- Quarto individual (para todos os planos);
- Enfermaria (exceto para o Premium e o Nacional Plus).



Coparticipação



Coparticipação Ambulatorial

É um mecanismo de regulação em que o Beneficiário participa financeiramente no valor dos procedimentos cobertos relativos a pequeno risco.

O Cliente pode optar por um dos seguintes percentuais: **10%**, **20%** e **30%**, lineares, para consultas e exames simples.

A inclusão da coparticipação é opcional.

Formação do Preço



Pré-pagamento:

O valor da mensalidade é calculado previamente com base nas coberturas contratadas.

Modalidade de Pagamento



Faixa Etária:

Pode ser realizado nas modalidades compulsória e opcional, para todos os perfis de Clientes.

Custo Médio:

Disponível exclusivamente na modalidade compulsória, a partir do SPG 100.

Reajuste por Mudança de Faixa Etária



O valor inicial do plano será diretamente proporcional à idade dos Beneficiários incluídos no Contrato.

Durante a vigência do plano, esse valor estará sujeito a reajuste por mudança de faixa etária de cada Beneficiário incluído no Contrato, que incidirá sobre o valor do plano.

O acréscimo referente ao reajuste incidirá no mês seguinte àquele em que ocorrer o ingresso do Beneficiário na idade prevista na faixa etária imediatamente superior.

Da faixa etária

Até **18** anos
de **19** a **23** anos
de **24** a **28** anos
de **29** a **33** anos
de **34** a **38** anos
de **39** a **43** anos
de **44** a **48** anos
de **49** a **53** anos
de **54** a **58** anos

Para a faixa etária

de **19** a **23** anos
de **24** a **28** anos
de **29** a **33** anos
de **34** a **38** anos
de **39** a **43** anos
de **44** a **48** anos
de **49** a **53** anos
de **54** a **58** anos
de **59** anos em diante

No **SPG 100**, existe a opção de cobrança por custo médio. Nessa modalidade, não há aplicação de reajuste por faixa etária.

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária ocorrem de forma independente do reajuste anual do valor pago pelo plano.

Condições Contratuais

PRODUTO	SPG 3	SPG 30	SPG 100
BENEFICIÁRIOS	De 3 a 29	De 30 a 99	De 100 a 199
MODALIDADE DE INCLUSÃO	Compulsória ou Opcional	Compulsória ou Opcional	Compulsória ou Opcional
OPÇÕES DE COBERTURA	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia Hospitalar com Obstetrícia* 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia Hospitalar com Obstetrícia* 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia Hospitalar com Obstetrícia*
ACOMODAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Quarto Individual Enfermaria** 	<ul style="list-style-type: none"> Quarto Individual Enfermaria** 	<ul style="list-style-type: none"> Quarto Individual Enfermaria**
COPARTICIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: sem ou com Coparticipação Hospitalar com Obstetrícia: sem Coparticipação 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: sem ou com Coparticipação Hospitalar com Obstetrícia: sem Coparticipação 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: sem ou com Coparticipação Hospitalar com Obstetrícia: sem Coparticipação
MODALIDADE DE PAGAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Faixa Etária: Compulsória e Opcional 	<ul style="list-style-type: none"> Faixa Etária: Compulsória e Opcional 	<ul style="list-style-type: none"> Faixa Etária: Compulsória e Opcional Custo Médio: Compulsória
INÍCIO DA VIGÊNCIA	Data da Quitação do CCB***	Data da Quitação do CCB***	Data da Quitação do CCB***
VIGÊNCIA DO CONTRATO	24 meses	24 meses	24 meses
VENCIMENTO DA FATURA	Data do Início da Vigência	Data do Início da Vigência	Data do Início da Vigência
REAJUSTE	<ul style="list-style-type: none"> Financeiro Por Sinistralidade (conforme legislação atual – RN 309) Por Faixa Etária 	<ul style="list-style-type: none"> Financeiro Por Sinistralidade (experiência do grupo) Por Faixa Etária 	<ul style="list-style-type: none"> Financeiro Por Sinistralidade (experiência do grupo) Por Faixa Etária****

*Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

**Exceto para os planos Premium e Nacional Plus.

***Comprovante de Crédito Bancário.

****Se contratada essa modalidade.

Grupo Elegível

Beneficiário Titular

- Diretores estatutários, sócios com poderes de gestão e administradores;
- Empregados;
- Estagiários;
- Menores Aprendizizes com idade entre 14 e 24 anos;
- Expatriados/Estrangeiros;
- Afastados;
- Demitidos e aposentados: conforme a Resolução Normativa n.º 195, da ANS.

Beneficiário Dependente

- Cônjuge;
- Companheiro(a): havendo união estável na forma da lei, sem concorrência com o cônjuge;
- Filhos: solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 39 anos, 11 meses e 29 dias de idade;
- Filhos inválidos de qualquer idade, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do Beneficiário Titular.

Dependentes Agregados

- Em Contratos a partir de 3 pessoas, serão aceitos netos com até 17 anos, 11 meses e 29 dias*;
- Em Contratos a partir de 21 pessoas, serão aceitos pai, mãe, sogro e sogra do Beneficiário Titular*;
- Em Contratos de 3 a 29 pessoas, serão aceitos genro e nora do Beneficiário Titular*.

*Serão aceitos somente na implantação, quando oriundos de massa encampada, considerando a totalidade da fatura da congênera, com, no mínimo, 12 meses de permanência no plano anterior e mediante documentação comprobatória.

Demitidos e Aposentados

Manutenção do Plano de Saúde após Desligamento da Empresa

De acordo com a Resolução Normativa - RN n.º 279, de 24 de novembro de 2011, o Beneficiário que contribuir, enquanto for funcionário, para o pagamento do Plano de Saúde tem direito de permanecer com o benefício ao ser demitido ou exonerado sem justa causa ou quando vier a se aposentar, desde que assuma o pagamento integral do valor a ser cobrado.

São considerados contribuição:

- o pagamento integral ou de parte do valor a ser pago pelo Plano de Saúde, inclusive com desconto em folha de pagamento; e/ou
- o pagamento da diferença entre o valor do plano oferecido pela Empresa e o escolhido pelo Beneficiário em razão de *upgrade*.

Não são considerados contribuição:

- o pagamento integral ou de parte do valor pago pelo Plano de Saúde relativo aos dependentes e agregados; e/ou
- a coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente na utilização de procedimentos cobertos pelo Plano de Saúde.

Grupo Elegível

Atenção:

Não têm direito ao benefício os Beneficiários demitidos por justa causa, os demissionários, os estagiários, os trabalhadores temporários após o fim do Contrato e os administradores. O direito à manutenção no Plano de Saúde não exclui eventuais vantagens que o Beneficiário tenha direito em razão de negociações coletivas de trabalho. Em alguns casos, o resultado obtido nessas negociações substituirá ou agregará benefícios, devendo prevalecer o que for mais favorável para o Beneficiário.

Período de Manutenção do Plano de Saúde

Rescisão ou exoneração sem justa causa

O Beneficiário poderá permanecer no plano por período equivalente a 1/3 (um terço) do tempo de sua contribuição, sendo o prazo mínimo de 6 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Aposentadoria

Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for inferior a 10 (dez) anos.

O Beneficiário poderá permanecer no plano por período correspondente a 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for igual ou superior a 10 (dez) anos.

Nesse caso, é garantida a permanência do Beneficiário no plano por prazo indeterminado.

Atenção:

Serão considerados, para cálculo do período de contribuição, os pagamentos efetuados a qualquer tempo, mesmo que não esteja ocorrendo contribuição no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

Caso a Empresa tenha contratado planos com mais de uma operadora de Plano de Saúde, após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei n.º 9.656/98, o período de contribuição nesses planos também será considerado no cálculo, desde que não tenha havido descontinuidade de cobertura. Também deverá ser contabilizado o período de contribuição realizada anteriormente à adaptação ou à migração do Contrato à Lei n.º 9.656/98, quando for o caso.

É de responsabilidade do Beneficiário (demitido ou aposentado), quando for admitido em novo emprego, comunicar o fato imediatamente ao Contratante, para que seja processado a rescisão do Contrato do Plano de Saúde.

Condições para Manutenção do Plano de Saúde

Será de responsabilidade da Empresa a comunicação expressa e clara do direito à permanência no Plano de Saúde, no ato da comunicação do aviso-prévio ou da aposentadoria. O Beneficiário poderá optar por permanecer no plano, mas, para isso, deverá manifestar-se, formalmente, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação da Empresa. Havendo a opção, será garantida a permanência no mesmo plano em que se encontrava quando da vigência do contrato de trabalho, podendo manter todo o seu grupo familiar.

No decorrer de sua permanência, não serão admitidas inclusões, exceto quando se tratar de novo cônjuge e filhos. Caso essa inclusão se dê fora dos prazos previstos, haverá aplicação de carência e CPT.

Em caso de morte do Titular, os dependentes cobertos pelo Plano de Saúde poderão permanecer no Contrato, sendo mantida a obrigatoriedade de seu pagamento.

Cobrança do Pagamento

Para permanecer no Plano de Saúde, o Beneficiário deverá arcar com o seu valor total, que poderá ser cobrado por faixa etária ou por custo médio*, conforme opção da Empresa. A cobrança relativa ao Beneficiário demitido e/ou aposentado e seus eventuais dependentes integrará a fatura mensal da Empresa.

*Modalidade de pagamento disponível a partir do SPG 100.

O Beneficiário terá acesso, por intermédio da Empresa ou no Portal da Bradesco Seguros (bradescoseguros.com.br), na área exclusiva do Beneficiário, à Tabela de Custos correspondente ao valor a ser pago pelo Plano de Saúde.

Cancelamento do Plano de Saúde

O Plano de Saúde será cancelado nas seguintes hipóteses:

- a) Ao fim dos prazos estabelecidos no item Período de Manutenção do Plano de Saúde;
- b) Por solicitação formal do Beneficiário à Empresa, mediante comunicação dessa à Operadora;
- c) Se o Beneficiário (demitido ou aposentado) deixar de efetuar o pagamento por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do Plano de Saúde;
- d) Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do Plano de Saúde, mediante apresentação de prova pela Operadora e comunicação escrita à Empresa;
- e) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
- f) Se o Contrato for cancelado;
- g) Se o Beneficiário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, fato que deve ser comunicado imediatamente ao antigo Contratante;
- h) A pedido formal do Beneficiário Titular, na forma garantida pela Resolução Normativa RN n.º 412/2016, da ANS.

Grupo Elegível

Portabilidade de Carências

O Beneficiário pode exercer a portabilidade de carências para plano Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial em outra operadora de Plano de Saúde, desde que sejam respeitados os termos da legislação em vigor.

Os sistemas de movimentação da Bradesco Saúde já estão preparados para receber as inclusões por portabilidade, cabendo ao Contratante, ou ao seu representante, o Corretor, a responsabilidade pela solicitação de inclusão dos Beneficiários.

Atenção:

A portabilidade não poderá ser realizada no momento da contratação/implantação de novo Plano de Saúde, com exceção da contratação por Empresário Individual (EI).

Solicitação de Estudo/Proposta

O estudo para contratação do Plano de Saúde deve ser solicitado via **Portal de Negócios**, pelo sistema Emissão Expressa SPG. Caso haja exceção comercial, o sistema bloqueará o envio automático, e a solicitação deverá ser feita diretamente à Sucursal.

Validade	
Estudo	30 (trinta) dias a partir da data de elaboração
Proposta	60 (sessenta) dias a partir da etapa "finalizar proposta" no EE (Emissão Expressa)

Após a implantação do Contrato, os Beneficiários receberão o Cartão de Identificação Bradesco Saúde.

O prazo para entrega é de até 15 (quinze) dias úteis, podendo variar de acordo com a localidade e o tipo de entrega.

Mediante pagamento de uma taxa extra, existe a possibilidade de opção pelo **Welcome Kit** físico, que, além do Cartão de Identificação, contém o Manual do Beneficiário impresso.

Linhas de Planos

Premium

Esse plano é ideal para quem deseja a tranquilidade de ser bem cuidado com a vantagem de ser exclusivo, pois oferece atendimento em todas as regiões do Brasil, contemplando hospitais que são referência em serviços de saúde no País, além de coberturas diferenciadas, tais como:

- *Check-up* anual para Titulares e dependentes a partir de 29 anos de idade*;
- Fisioterapia e consulta domiciliares, por reembolso, de acordo com os limites contratuais;
- Cirurgia refrativa independente do grau de refração;
- Escleroterapia sem limite de sessões;
- Despesas do acompanhante de paciente de qualquer idade internado;
- Benefícios do Bradesco Saúde Concierge**.



Bradesco Saúde Concierge
A arte de cuidar bem da sua saúde.

O plano dispõe também de diversas opções de reembolso, para atendimentos no Brasil e no exterior.

*Cobertura prevista para atendimento em prestadores selecionados, conforme protocolo de atendimento acordado entre o prestador e a Bradesco Saúde, e disponível nas seguintes localidades: Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Campinas (SP), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Porto Alegre (RS), Salvador (BA), Recife (PE) e Brasília (DF), enquanto vigorarem os Contratos e os acordos com as Empresas que os operam.

**Os serviços de Assistência em Viagem com Cobertura para o Tratado de Schengen, Orientação Médica por Telefone, Central de Marcação de Exames Especiais, *Welcome Home*, Importação de Medicamentos, Segunda Opinião Médica Internacional, Prontuário Eletrônico, Central de Suporte à Obtenção de Vagas, Lista de Referências Médicas e Saúde em Equilíbrio estão disponíveis em todo o território nacional. Já a Coleta Expressa de Documentos para Solicitação de Reembolso, Atendimento Móvel para Realização ou Coleta de Exames, *Welcome Baby* e Vacinas do Viajante estão disponíveis exclusivamente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. Os serviços do Bradesco Saúde Concierge são válidos enquanto vigorarem os Contratos ou acordos com as Empresas que os operam.

Nacional Plus

Atendimento diferenciado, conforto e qualidade. Esse plano foi pensado para atender a quem procura por uma Rede Referenciada exclusiva, disponível em todas as regiões do Brasil, pois conta com hospitais que são referência em serviços de saúde no País. Possui flexibilidade na escolha de padrão de reembolso, que é válido para atendimento no Brasil e no exterior.

Contempla os serviços do Bradesco Saúde Concierge* no caso de Beneficiários residentes nas seguintes cidades: Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Salvador.

*Os serviços de Assistência em Viagem com Cobertura para o Tratado de Schengen, Orientação Médica por Telefone, Central de Marcação de Exames Especiais, *Welcome Home*, Importação de Medicamentos, Segunda Opinião Médica Internacional, Prontuário Eletrônico, Central de Suporte à Obtenção de Vagas, Lista de Referências Médicas e Saúde em Equilíbrio estão disponíveis em todo o território nacional. Já a Coleta Expressa de Documentos para Solicitação de Reembolso, Atendimento Móvel para Realização ou Coleta de Exames, *Welcome Baby* e Vacinas do Viajante estão disponíveis exclusivamente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. Os serviços do Bradesco Saúde Concierge são válidos enquanto vigorarem os Contratos ou acordos com as Empresas que os operam.

Linhas de Planos

Nacional

Comodidade de atendimento em todas as regiões do Brasil e as vantagens de uma ampla rede de Referenciados. Um de seus principais benefícios é o acesso às diversas opções de padrões de plano, que preveem diferentes múltiplos de reembolso para atendimentos realizados no Brasil e no exterior.

Nacional Flex

Atendimento em todas as regiões do Brasil, com valores acessíveis, por meio de uma rede integrada de serviços adequada às necessidades dos Beneficiários. Oferece reembolso em caso de atendimento no Brasil.

Preferencial Plus

Para a Empresa que necessita de um plano com cobertura regional, essa pode ser a opção ideal. O Preferencial Plus conta com atendimento nos principais municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, por meio de uma ampla rede de Referenciados disponibilizados nessas localidades. Dentre seus benefícios, está o reembolso em caso de atendimento no Brasil e no exterior.

Consulte, em Apoio à Venda/Contratos/Condições Gerais/Anexos, as regiões que estão em comercialização.

Efetivo*

Com cobertura nacional, possui uma rede dimensionada para garantir o melhor equilíbrio entre disponibilidade, qualidade e eficiência a custos competitivos. Oferece reembolso em caso de atendimento no Brasil.

*O produto em comercialização utiliza a Rede Efetivo III.

Saúde Rio

Criado para atender Empresas a partir de 3 pessoas, o Bradesco Saúde Rio oferece atendimento na cidade do Rio de Janeiro e em mais 12 municípios do Grande Rio, por meio de uma rede de alta qualidade e custo acessível. Além disso, disponibiliza aos Beneficiários uma Central de Agendamento exclusiva para marcação de consultas e exames e prevê reembolso de despesas realizadas em todo o território nacional, inclusive nos casos de urgência e emergência. Consulte, em Apoio à Venda/Condições Gerais/Contratos/Condições Gerais/Anexos, os municípios que estão em comercialização.

Tabela de Planos

PLANO	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplo de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas						Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hospitalares
					Paciente não Internado			Paciente Internado				
					Honor.	Serviços	Honor.	Serviços	Honor.	Serviços		
PREMIUM	Nacional		TNC6	Quarto	6	6	12	6	12	6	Premium	1.4
			TNC8	Quarto	8	8	14	8	14	8		
			TNPX	Quarto	10	10	15	10	15	10		
NACIONAL PLUS	Nacional		TNP4	Quarto	4	4	4	4	4	4	Nacional Plus	1.4
			TNP6	Quarto	6	6	6	6	6	6		
			TNP8	Quarto	8	8	8	8	8	8		
NACIONAL	Nacional		TNEE	Enfermaria	1	1	1	1	1	1	Nacional	1
			TNOQ	Quarto	1	1	2	1	2	1		
			TQN2	Quarto	2	2	2	2	2	2		
			TQN3	Quarto	3	3	3	3	3	3		
NACIONAL FLEX	Nacional	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia	FCEX	Enfermaria	1	1	1	1	1	1	Nacional Flex	1
			FCQX	Quarto	1	1	2	1	2	1		
PREFERENCIAL PLUS	Grupo de Municípios		TPEP	Enfermaria	1	1	1	1	1	1	Preferencial Plus	1
			TPQP	Quarto	1	1	2	1	2	1		
EFETIVO	Nacional		TNOE	Enfermaria	1	1	1	1	1	1	Rede Efetivo III	1
			TNOQ	Quarto	1	1	2	1	2	1		
BRANCO SAÚDE RIO	Grupo de Municípios		TNBE	Enfermaria	1	1	1	1	1	1	Saúde Rio	1
			TNBQ	Quarto	1	1	2	1	2	1		
NACIONAL PLUS	Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	HNP4	Quarto	4	4	4	4	4	4	Nacional Plus	1.4
			HNP6	Quarto	6	6	6	6	6	6		
			HNP8	Quarto	8	8	8	8	8	8		
NACIONAL	Nacional		HNEE	Enfermaria	1	1	1	1	1	1	Nacional	1
			HNQO	Quarto	1	1	2	1	2	1		

Prazos para **Autorização de Procedimentos Médicos**

Na utilização de alguns procedimentos na Rede Referenciada, é necessário que o prestador de serviço solicite à Bradesco Saúde uma autorização prévia, para verificação de cobertura contratual e elegibilidade. Caso todos os requisitos para autorização sejam preenchidos, a Central de Atendimento fornecerá uma senha.

Conheça abaixo os prazos estimados para autorização a partir do recebimento da documentação devida:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	BRADESCO SAÚDE	ANS
Urgência e Emergência	Liberação imediata	Liberação imediata
Radioterapia	7 (sete) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis
Oncologia	3 (três) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis
Internação Eletiva/Cirurgia sem Material Especial	7 (sete) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis
Obesidade Mórbida	7 (sete) dias úteis após a realização da perícia	21 (vinte e um) dias úteis
Cirurgia com Material Especial	10 (dez) dias úteis após o recebimento da documentação completa (Laudo de Imagem, Relatório Médico e Lista de Material com Códigos ANVISA)	21 (vinte e um) dias úteis

Reembolso

O Beneficiário poderá utilizar qualquer serviço que esteja coberto pelo Plano de Saúde com um prestador de sua livre escolha que não faça parte da Lista de Referência, desde que sejam respeitados a área de atuação do produto e os limites contratados.

A Bradesco Saúde fará a análise técnica e o processamento do reembolso, conforme as coberturas e os limites contratuais, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento, pela Operadora, de toda a documentação relacionada no item Documentação Necessária para Solicitação de Reembolso, de acordo com o procedimento realizado.

O crédito do valor a ser reembolsado será efetuado diretamente na conta-corrente do Beneficiário Titular. Para que o reembolso seja efetuado com segurança, é importante que os dados da conta-corrente do Beneficiário estejam sempre atualizados junto à Empresa.

Documentação Necessária para Solicitação de Reembolso:

O Beneficiário deverá observar o prazo máximo de 1 (um) ano, a partir da data de ocorrência do evento, para apresentação dos pedidos de reembolso.

Para o efetivo reembolso, o Beneficiário deverá apresentar toda a documentação relacionada no formulário denominado Envelope para Solicitação de Reembolso, o qual deverá ser devidamente preenchido com os dados cadastrais do Beneficiário Titular.

O formulário de reembolso está disponível no Portal bradescoseguros.com.br.

Reembolso

Veja abaixo a documentação necessária para a solicitação de reembolso dos procedimentos mais utilizados:

Consulta Médica

Para a solicitação de reembolso das consultas médicas realizadas em prestadores não referenciados, o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Consulta realizada em consultório médico: recibo, original e quitado, emitido pelo médico, no qual devem constar: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo).
- b) Consulta realizada em clínica ou hospital: Nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital ou clínica, contendo: razão social e CNPJ do estabelecimento, nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, especialidade e carimbo do médico.

Exames

Nos casos em que o Beneficiário realizar exames clínicos ou de imagem em prestador não referenciado, ele deverá solicitar o reembolso mediante a apresentação de:

- a) Pedido médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, nome técnico de cada exame realizado, sem siglas ou códigos, bem como a correspondente metodologia, caso exista mais de um método diagnóstico disponível, e justificativa para a respectiva solicitação.
- b) Nota Fiscal ou recibo, original e quitado, emitido pelo prestador que realizou o exame, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada exame realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ do estabelecimento.
 - b.1) No caso de apresentação de recibo de pessoa física, adicionalmente, deverão ser informados CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o exame.

Quando forem realizados exames de imagem (Raio-X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética etc.), na documentação apresentada para reembolso, deverão constar também a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais e medicamentos, com seus valores unitários discriminados.

*Em caso de exames de genética, há documentação específica, que está relacionada no Manual do Beneficiário.

Procedimentos Ambulatoriais

Quando forem realizados atendimentos em prontos-socorros ou cirurgias de pequeno porte em prestadores não referenciados, o Beneficiário deverá apresentar:

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, deverá ser apresentada a correspondente indicação clínica, contendo a descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados para cada uma delas e os resultados dos principais exames pré e pós-operatórios;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório, se houver;
- d) Recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou

Reembolso

e) Nota Fiscal, original e quitada, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, razão social e CNPJ do estabelecimento.

Nos documentos citados nas alíneas "a", "b" e "e", devem constar as descrições dos materiais, medicamentos, taxas e outras eventuais despesas, com seus respectivos valores unitários.

*Caso o procedimento realizado seja a Vasectomia/Laqueadura Tubária e/ou as Cirurgias Refrativas, deverão ser observadas as informações complementares constantes no Manual do Beneficiário.

Internação, inclusive as de Natureza Obstétrica

As internações clínicas ou cirúrgicas que venham a ser realizadas em hospitais que não façam parte da Rede Referenciada do produto contratado serão reembolsadas nas seguintes condições:

Honorários Médicos

Para a solicitação do reembolso da equipe médica e/ou do médico assistente que tenha realizado o atendimento durante o período de internação, o Beneficiário deverá apresentar:

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, justificativa para a internação, descrição e período do atendimento;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório com a descrição do ato cirúrgico;
- d) Laudo dos exames de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à doença;
- e) Pareceres de especialistas relacionados à doença, se houver;
- f) Recibo, original e quitado, emitido pelo médico, contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou
- g) Nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital, contendo: nome do paciente, valor pago, descrição e período do atendimento, razão social e o CNPJ do estabelecimento.

*Caso o procedimento realizado seja a Vasectomia/Laqueadura Tubária, deverá ser observada a informação complementar constante no Manual do Beneficiário.

Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição

Quando o Beneficiário optar por um prestador não referenciado para realização das terapias descritas nesse item, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no CRM, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período de tempo); além de recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição da terapia e dados do profissional que realizou a terapia (nome, CPF e número de inscrição no respectivo Conselho Regional - CREFITO-F, CRP/CRM, CRFa, CREFITO-TO, CRN, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou

Reembolso

b) Nota Fiscal, original e quitada, contendo, além de todas as informações descritas na alínea anterior, razão social e CNPJ do estabelecimento onde foi/foram realizada(s) a(s) sessão(ões) de terapia. Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o relatório médico, descrito na alínea "a", deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão. Quando for realizada fisioterapia, adicionalmente, deverá ser enviado laudo do exame de imagem relacionado à patologia, se houver, e que justifique a indicação da referida terapia. Quando for realizada consulta com nutricionista, adicionalmente, deverão ser enviados laudos e exames relacionados à patologia e que justifiquem a indicação da referida terapia.

Atenção:

Recomenda-se que o Beneficiário, antes de enviar todos os documentos originais com a Solicitação de Reembolso, tire cópias e as guarde para a Declaração de Imposto de Renda.

Prévia de Reembolso:

Ao programar uma cirurgia ou qualquer outro procedimento eletivo, é muito importante que, antes do evento, o Beneficiário solicite uma previsão do valor de reembolso que receberá.

Para solicitação de Prévia de Reembolso, o Beneficiário deverá acessar a área exclusiva do Portal da Bradesco Seguros (bradescoseguros.com.br) ou o aplicativo da Bradesco Saúde, fornecer o nome técnico do procedimento ou da cirurgia a ser realizada, o orçamento da cirurgia fornecido pela equipe médica e a data do evento a ser realizado.

Nos casos de solicitação de prévia de reembolso de consultas médicas, o resultado será apresentado automaticamente na tela.

Em caso de dúvidas, o Beneficiário deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento, cujo telefone consta no verso do Cartão de Identificação.

Atenção:

Os valores fornecidos por telefone ou pelo Portal da Bradesco Seguros estão sujeitos a alterações quando da análise técnica dos documentos, pois é com base neles que a Operadora verifica o tratamento efetivamente realizado.

Em alguns casos, poderá haver necessidade de envio de documentação complementar, tais como: laudo de exames, relatório médico, entre outros.

Não informamos prévia de despesas hospitalares nem de despesas realizadas no exterior.

Prazo para Cálculo da Prévia do Reembolso:

- Beneficiários Bradesco Saúde:
prazo de 5 (cinco) dias úteis;
- Beneficiários Bradesco Saúde Concierge:
prazo de 2 (dois) dias úteis.



Reembolso

Pagamento de Reembolso:

A Bradesco Saúde fará a análise técnica e o processamento do reembolso, conforme as coberturas e os limites contratuais, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, entretanto, tem como meta os prazos a seguir:

- Consultas Médicas: em até 5 (cinco) dias úteis;
- Demais Procedimentos (exames, cirurgias, entre outros): em até 20 (vinte) dias úteis;
- Demais procedimentos para o Bradesco Saúde Concierge: de 7 (sete) a 10 (dez) dias úteis (se via *courier* ou entrega na Sucursal, respectivamente).

O prazo para pagamento de reembolso começará a contar a partir do momento da entrega de toda a documentação necessária.

A Bradesco Saúde oferece diversos canais para que o Beneficiário possa acessar os serviços de reembolso, tais como:



- Sucursais (solicitação de reembolso e consulta do andamento);
- Portal Bradesco Seguros, na área exclusiva do Beneficiário, e Aplicativo Bradesco Saúde (solicitação e acompanhamento de reembolso das despesas de consultas médicas, exames e terapias). Quando o pedido de reembolso for realizado pelo *site* ou aplicativo, para os casos de eventos de consulta médica e solicitações por meio de NFe (Nota Fiscal Eletrônica), não haverá a necessidade de envio de documentação original à Bradesco Saúde. Nos demais casos de recibo (exceto consulta médica), o envio dos originais é obrigatório e deverá ocorrer no prazo de 60 (sessenta) dias.
- Aba Seguros do Internet Banking (exclusivamente para consulta do andamento).

Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Carência

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do Beneficiário no Contrato, durante o qual esse não poderá usufruir das coberturas garantidas pelo plano até que sejam cumpridos os prazos previstos em Contrato.

Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	ANS	BRADESCO SAÚDE
Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e Exames simples que não necessitam de autorização prévia	180 (cento e oitenta) dias	15 (quinze) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
Demais casos, inclusive Fisioterapia (exceto nos casos de acidente pessoal)	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias

Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Plano Hospitalar com Obstetrícia:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	ANS	BRANCO SAÚDE
Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Parto a termo	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
Demais casos	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias

As carências aplicadas são inferiores às estabelecidas na legislação atual por liberalidade da Bradesco Saúde.

Isenção de Carências:

De acordo com a modalidade de contratação escolhida, haverá isenção de carência conforme adiante:

Modalidade opcional

PRODUTO	PLANO COMPLETO	PLANO HOSPITALAR
3 a 9 pessoas	Carências normais	Carências normais
10 a 20 pessoas	Isenção de carências para terapias (inclusive fisioterapia), exames (necessitam de autorização prévia), cirurgia geral e internações clínicas	Isenção de carências para cirurgia geral e internações clínicas
21 a 29 pessoas	Isenção total, EXCETO parto	Isenção total, EXCETO parto
A partir de 30 pessoas	Isenção total	Isenção total

Modalidade compulsória

PRODUTO	PLANO COMPLETO	PLANO HOSPITALAR
3 a 9 pessoas	Carências normais	Carências normais
10 a 20 pessoas	Isenção de carências para terapias (inclusive fisioterapia), exames (necessitam de autorização prévia), cirurgia geral e internações clínicas	Isenção de carências para cirurgia geral e internações clínicas
A partir de 21 pessoas	Isenção total, inclusive parto	Isenção total, inclusive parto

As isenções de carências são válidas para inclusão em até 30 (trinta) dias da data de vigência do Contrato ou da admissão do Beneficiário. Fora desse prazo, o Beneficiário cumprirá carências normais.

A Cobertura Parcial Temporária (CPT) para doenças ou lesões preexistentes será aplicada independentemente da redução/isenção de carências.

Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Aproveitamento de Carências de Empresas Congêneres

Beneficiários oriundos de planos de Empresas Congêneres (veja listagem adiante) poderão ter direito ao aproveitamento de carências desde que:

- Estejam em plano regulamentado pela Lei n.º 9.656/98;
- Haja compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congênera) e o plano de destino (Bradesco Saúde);
- Apresentem a última fatura do plano de origem quitada, caracterizando a inexistência de descontinuidade da cobertura; e
- Comprovem o prazo de permanência no plano de origem.

Não haverá aproveitamento de carência para parto.

Empresas Congêneres:

Amil; Allianz; Caixa Seguros; Care Plus; Golden Cross; Intermédica; Lincx; Marítima; Mediservice; Notre Dame; Omint; One Health; Porto Seguro; Sompo; SulAmérica e Unimed.

CPT - Cobertura Parcial Temporária

Se, na avaliação da Declaração de Saúde ou do Exame Médico para Avaliação de Risco, for identificada alguma patologia ou lesão de que o proponente a Beneficiário - Titular ou dependente - seja portador, a Operadora aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT). A aplicação da CPT deve ser precedida da concordância expressa do proponente a Beneficiário Titular.

A **CPT** é composta por um período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da inclusão do Beneficiário, no qual ele, quando portador e sabedor de doença ou lesão preexistentes, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

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

Em qualquer dos casos descritos, o atendimento deve estar relacionado a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente a Beneficiário ou por seu representante legal, bem como constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

Para os Contratos com 30 pessoas ou mais, haverá isenção de CPT para as inclusões realizadas em até 30 (trinta) dias da data de vigência do Contrato ou da admissão do Beneficiário.

Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

Apresentamos, a seguir, a lista de documentos que devem ser encaminhados para a Operadora de Plano de Saúde.

Empresas

Empresas / Grupo Econômico

CONDIÇÕES

Empresas

- Empresa Ativa há, no mínimo, 6 (seis) meses;
- Mínimo 3 e no máximo 199 pessoas;
- **Empresário Individual (EI):** aceitação de proponentes registrados como EI no CNPJ e nos órgãos competentes há, no mínimo, 6 (seis) meses, independente de sua forma de constituição (MEI - Microempreendedor Individual, ME - Microempresário, EPP - Empresário de Pequeno Porte ou outros).
- Caso o grupo elegível possua proponentes internados, crônicos, em *home care*, demitidos/ aposentados ou quando houver transferências de pessoas entre Contratos Bradesco, contate uma de nossas Sucursais.
- Os casos de transferências de Beneficiários entre Contratos Bradesco devem ser sinalizados em campo específico no sistema Emissão Expressa SPG.
- Para Beneficiários que possuam 24 (vinte e quatro) meses ou mais de permanência no plano, não deverá ser solicitado novo preenchimento de DPS, desde que não haja descontinuidade de cobertura.
- **Aceitação restrita** nos casos de condomínios, embaixadas, consulados, fundações, sociedades sem fins lucrativos, Empresas cuja atividade econômica principal descrita no cartão do CNPJ seja rádio, televisão, jornal ou revista, Empresas de atividades esportivas, grêmios, associações de classe, congregações, conselhos de classe, entidades representativas, instituições religiosas, órgãos da União, Estados e Municípios, organizações não governamentais (ONGs), partidos políticos, Empresas de *motoboys*, Empresas de segurança e Empresas de transportes de produtos perigosos.
No caso de cartório, a aceitação será apenas pelo tabelião. Podendo ser contratado para si, seus funcionários e dependentes, se houver, mediante apresentação do CNPJ e do Cadastro Específico do INSS - CEI, **cumulativamente**.
- No caso de plano na modalidade compulsória, não será aceita a apresentação de Plano de Saúde contratado pelo mesmo empregador para justificar a não adesão de sócio ou funcionário. O grupo deverá ser cotado na modalidade opcional.

Grupo Econômico

- Empresa Ativa há, no mínimo, 6 (seis) meses;
- No caso de plano na modalidade compulsória, não será aceita a apresentação de Plano de Saúde contratado pelo mesmo empregador para justificar a não adesão de sócio ou funcionário. O grupo deverá ser cotado na modalidade opcional;
- Empresas com um sócio em comum ou cujos sócios possuam vínculo familiar, limitado a pai/mãe, cônjuge e filho(a), sendo respeitado o número mínimo de 3 pessoas em cada Empresa;
- A Empresa Subcontratante seguirá os critérios de adesão e as condições praticados pela Empresa Contratante. O pagamento será da Empresa Contratante.

DOCUMENTAÇÃO

- Proposta de Plano de Saúde (caso assinada por Procurador da Empresa, deverão ser apresentados a procuração válida e o RG);
- Boletim de Implantação;
- Ficha de inclusão. A partir de 100 pessoas, poderá ser disponibilizado *layout* padrão para o preenchimento das informações;
- Declaração do oferecimento do plano Referência;
- Crédito Conciliado Bancário (CCB) quitado;
- Contrato Social e suas alterações ou Contrato Consolidado; Estatuto e Atas só serão aceitos se devidamente registrados:
 - a) Empresas Limitadas - LTDA: Contrato Social e alterações contratuais;
 - b) Sociedade Anônima - S.A.: Estatutos e Atas;
 - c) Sócios Diretores - os Contratos Sociais em fase de registro serão aceitos, mediante apresentação de protocolo emitido há, no máximo, 30 (trinta) dias, comprovando o pedido de registro na Junta Comercial ou no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas (RCPJ), e de carta da Empresa Contratante informando que os proponentes fazem parte do grupo elegível.
- Certificado de Regularidade do FGTS (CRF):
 - a) com *status* de "Regular" - Aceito;
 - b) com *status* de "As informações disponíveis não são suficientes para a comprovação automática da regularidade do empregador perante o FGTS" - Aceito mediante regularização da pendência ou envio de carta da Empresa Contratante justificando a irregularidade com a CEF;
 - c) com *status* de "Não cadastrado" - Não será aceito, excetuando-se as Empresas em constituição, mediante comprovação;
- Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (SEFIP), competência dentro dos 60 (sessenta) dias anteriores ao início de vigência do Contrato. Deve estar acompanhado por:
 - a) Guia de Recolhimento Financeiro (GRF), quitada;
 - b) Relação dos Trabalhadores (RE), constante no arquivo SEFIP;
 - c) Resumo do Fechamento;
 - d) Resumo das Informações à Previdência Social;
 - e) Relação de Estabelecimentos Centralizados (REC) ou Relação de Estabelecimentos Tomadores (RET), exclusivamente quando houver centralização dos depósitos do FGTS;
- SEFIP sem movimento: solicitar o FGTS sem movimento quando não houver funcionários registrados na Empresa;
- CNPJ ativo;
- Para o Empresário Individual, serão exigidos adicionalmente:
 - a) CNPJ indicando, no campo "Código e Descrição da Natureza Jurídica", a informação 213-5 Empresário Individual, e desde que esteja em situação cadastral "ativa";
 - b) Documento que comprove sua inscrição na Junta Comercial ou, no caso de Empresário Microempreendedor Individual (MEI), será aceito, em substituição, o Certificado da Condição do Microempreendedor Individual - CCMEI, emitido por meio do Portal do Empreendedor - MEI;
 - c) Declaração para Contratante "Empresário Individual", assinada e com firma reconhecida em cartório, no momento da implantação (o modelo da declaração deve ser solicitado à Operadora de Plano de Saúde);
 - d) Para a manutenção do Contrato, o Empresário Individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como seu cadastro junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição. As operadoras deverão exigir a comprovação de regularidade anualmente, no aniversário do Contrato;
- Caso o campo "Situação Especial" do CNPJ esteja preenchido, encaminhar para análise da Operadora de Plano de Saúde.
- Termo de Integração de Subcontratante Grupo Econômico (somente quando houver), disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários).
- **Para proponentes com Cadastro Específico do INSS - CEI:**
 - a) Cartão do CEI (atualizado) emitido pelo *site* da Receita Federal;
 - b) CRF - Certificado de Regularidade do FGTS com *status* de "Regular";
 - c) Declaração de autenticidade assinada e com firma reconhecida em cartório, no momento da implantação (o modelo da declaração deve ser solicitado à Seguradora);
 - d) CNPJ do Cartório com *status* ATIVO;
 - e) Nomeação do Tabelião/Oficial em Diário Oficial; ou
 - f) Termo de Investidura no qual informe a posse do cargo de Tabelião/Oficial; ou
 - g) Declaração assinada pelo Desembargador informando a posse do cargo de Tabelião/Oficial.

Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

Prestador de Serviço (Pessoa Jurídica)

CONDIÇÕES

- Empresa Ativa há, no mínimo, 6 (seis) meses;
- Será incluído como Subcontratante e seguirá os critérios de adesão e as condições praticados pela Empresa Contratante. O pagamento será de responsabilidade da Empresa Contratante.

DOCUMENTAÇÃO

- Contrato de Prestação de Serviço, com vigência mínima de 12 (doze) meses;
- Três últimos comprovantes de pagamento;
- Atos constitutivos da Empresa Prestadora de Serviços (FGTS, CNPJ, Contrato Social e suas alterações ou Contrato Consolidado) registrados na Junta Comercial ou no RCPJ;
- Termo de Integração de Subcontratante Prestador de Serviço, enviado pela Área de Relacionamento conforme demanda.

Congêneres

CONDIÇÕES

- São consideradas Empresas Congêneres: Amil; Allianz; Caixa Seguros; Care Plus; Golden Cross; Intermédica; Lincx; Marítima; Mediservice; Notre Dame; Omint; One Health; Porto Seguro; Sompo; SulAmérica e Unimed.

O aproveitamento de carências de Empresas Congêneres será analisado pela Bradesco Saúde, sendo obedecidas as seguintes regras técnicas:

- Ser um plano regulamentado pela Lei 9.656/98;
 - Inexistência de descontinuidade na cobertura;
 - **Para os planos Premium e Nacional Plus, adicionalmente, a Bradesco Saúde avaliará a compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congênera) e o plano de destino.**
- Não haverá aproveitamento de carências:**
- Nos casos de Beneficiários oriundos de planos enfermária e que optem pela contratação de plano de acomodação quarto na Bradesco Saúde;
 - De planos de origem com segmentação assistencial inferior a do plano de destino;
 - Beneficiários que permaneceram por menos de 6 (seis) meses na congênera;
 - Para cobertura de parto;
 - Para doenças ou lesões preexistentes;
 - Para proponentes EI - Empresário Individual.

DOCUMENTAÇÃO

- Carta de permanência no plano, contendo a data do efetivo cancelamento do Beneficiário, assinada pela congênera. Caso não conste a data de cancelamento, serão aceitas cartas emitidas até 30 (trinta) dias antes da quitação da CCB; e
- Cópia das carteirinhas, contendo data da vigência do plano e do plano anterior.
Obs.: Na ausência das informações a respeito da data da vigência do plano anterior, será necessário verificar, adicionalmente, o comprovante de dados cadastrais do Beneficiário, disponibilizado no site da ANS, no espaço do consumidor, a fim de comprovar o plano de origem;
- Nos casos de Beneficiários oriundos dos Ramos Individual ou Coletivo por Adesão, além dos documentos acima citados, será necessário o envio do último boleto quitado.

Não será aceito qualquer tipo de rasuras, e, caso sejam necessários, outros documentos poderão ser solicitados pela área de aceitação.

Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Empregados

CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício por, no mínimo, 6 (seis) meses.

DOCUMENTAÇÃO

- FGTS atualizado e quitado;
- Trabalhador temporário:
 - a) constar no FGTS com a categoria 04;
 - b) contrato de trabalho registrado.
- Funcionário recém-admitido não relacionado no FGTS deverá enviar Carteira de Trabalho devidamente assinada;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do Contrato na Bradesco Saúde).

Diretor Estatutário, Sócios com Poderes de Gestão e Administradores

CONDIÇÕES

Deve constar no Contrato Social há, no mínimo, 6 (seis) meses.

DOCUMENTAÇÃO

- Contrato Social ou Ata ou Escritura;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do Contrato na Bradesco Saúde).

Estagiário

CONDIÇÕES

Sem limite de idade.

DOCUMENTAÇÃO

- Contrato de estágio assinado pelo estagiário, pelo representante legal da Empresa Contratante, sob carimbo, e pela instituição de ensino e aditivos;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do Contrato na Bradesco Saúde).

Menor Aprendiz

CONDIÇÕES

Entre 14 e 24 anos de idade.

DOCUMENTAÇÃO

- Constar no FGTS com a categoria 07;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do Contrato na Bradesco Saúde).

Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

Expatriado / Estrangeiro

CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

DOCUMENTAÇÃO

Documentos descritos nos itens “Empregados” e “Diretor Estatutário, Sócios com Poderes de Gestão e Administradores”, conforme o cargo. Caso não possuam, deverão ser enviados os documentos adiante em substituição:

- Passaporte, carimbado pela Polícia Federal, bem como o visto de permanência no Brasil;
- Carta original, em papel timbrado, assinada e carimbada pelo representante legal da Empresa Contratante, caracterizando a participação do expatriado no grupo elegível, indicando o prazo de permanência no Brasil e o cargo;
- Por exigência da ANS, deverá ser apresentado CPF tanto para Titular como para dependente;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do Contrato na Bradesco Saúde).

Demitidos e Aposentados

CONDIÇÕES

Somente com extensão de benefício legal, concedido pela Empresa.

DOCUMENTAÇÃO

Implantação do Contrato

- Documento da operadora anterior que identifique a sua participação na condição de demitido ou aposentado (ex.: Fatura Técnica da Congênera) ou formulário assinado pela Empresa e pelo ex-funcionário no qual conste a data em que ele aceitou o benefício e consequentemente enviado para a outra operadora alterar a condição de ativo para demitido/aposentado; e
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante com:
 - a1) data da demissão/aposentadoria;
 - a2) tempo de contribuição;
 - a3) tempo de permanência na operadora anterior na condição de demitido e aposentado.

OBS.: nos casos em que o Beneficiário, durante negociação com a Bradesco Saúde, for demitido ou se aposentar e ainda não conste como demitido/aposentado no Plano de Saúde anterior, além da documentação acima, serão necessários:

- a) Rescisão contratual;
 - b) Formulário com numeração “0628A”, disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários).
- Ficha de inclusão, nos casos de inclusão no momento da implantação do Contrato.

Durante a Vigência do Contrato na Bradesco Saúde

- Documento comprobatório da demissão/aposentadoria;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante;
- Formulário com numeração “0628”, disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários);
 - a) havendo Beneficiários contribuintes, adicionalmente, deverá ser enviado formulário com numeração “0628A”, disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários).

Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

Afastado

CONDIÇÕES

Devem fazer parte do plano.

DOCUMENTAÇÃO

- Comprovante de vínculo empregatício;
- Documento de concessão do benefício pelo INSS;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do Contrato na Bradesco Saúde).

Dependentes

CONDIÇÕES

- Cônjuge;
- Companheiro(a) havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) até 39 anos, 11 meses e 29 dias de idade como dependentes no Plano de Saúde;
- Filhos inválidos (assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do Beneficiário Titular) de qualquer idade.

DOCUMENTAÇÃO

- **Cônjuge:** Certidão de Casamento;
- **Companheiro(a):** Declaração, em cartório, de união estável ou comprovante de endereço em comum e carta do proponente Titular (**o modelo do documento deve ser solicitado à Operadora**), solicitando a inclusão;
- **Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 39 anos, 11 meses e 29 dias de idade como dependentes no Plano de Saúde:** Certidão de Nascimento ou Registro Geral (RG);
- **Filhos inválidos de qualquer de idade:** Cópia do Imposto de Renda e Laudo Médico informando que o dependente é inválido para exercer atividade laboral;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do Contrato na Bradesco Saúde).

*Ficha de inclusão: não poderá haver rasuras no preenchimento da Declaração de Saúde e das informações relativas a ela.

A Bradesco Saúde disponibiliza o sistema Movimentação Expressa (MOVE) no Portal de Negócios e na área exclusiva da Empresa Contratante.

Caso sejam necessários, outros documentos poderão ser solicitados pela área de aceitação.

As Condições Gerais (CGs) disponibilizadas no Portal de Negócios não deverão ser assinadas pela Empresa Contratante. Elas servem de base para subsidiar a contratação.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Livre Escolha de Prestadores

Com reembolso de procedimentos cobertos, sendo respeitados a área de atuação e os limites contratados. O Beneficiário pode solicitar o reembolso de despesas de consultas médicas, exames e terapias pela área exclusiva do Beneficiário no Portal da Bradesco Seguros e no aplicativo Bradesco Saúde.

Nos casos em que um pedido de reembolso for realizado pelo *site* ou pelo aplicativo com envio de NFe (Nota Fiscal Eletrônica), não será necessário enviar documentação física.

Além disso, o Beneficiário pode acompanhar o andamento das solicitações pelo Portal, aplicativo, SMS e *e-mail*.



Meu Doutor Bradesco Saúde

É um serviço pioneiro e exclusivo da Bradesco Saúde que conta com profissionais selecionados por prezarem pela qualidade do atendimento e o cuidado assistencial. O Beneficiário pode acessar, pela área exclusiva do Portal da Bradesco Seguros, a agenda dos médicos e solicitar a marcação da consulta. É simples, rápido e seguro.

O programa está em constante expansão. Consulte as cidades e especialidades disponíveis em meudoutorbs.com.br.



Segunda Opinião Médica

Trata-se de uma consulta, sem custo, com um profissional especialista com o objetivo de enriquecer o diagnóstico por meio de uma avaliação diferenciada. No Programa 2ª Opinião Médica, estão contemplados os seguintes casos com indicação cirúrgica, sendo respeitadas as coberturas contratadas: Doenças Degenerativas da Coluna; Escoliose; Bucomaxilofacial e Dispositivos Cardíacos (Marca-passo).



Remissão

Em caso de falecimento do Beneficiário Titular, é garantida a isenção de pagamento ao(s) dependente(s) pelo período de até 2 (dois) anos. No caso de filho(s) dependente(s), o benefício será garantido até os 17 anos, 11 meses e 29 dias. Para os demais dependentes, inclusive filhos inválidos, não há limite de idade.

Disponível para os planos **Premium, Nacional Plus, Nacional e Preferencial Plus**.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Kit Digital

Em busca de uma solução moderna e econômica, foi desenvolvido o Kit Digital, que tem por objetivo substituir o Manual do Beneficiário e a Lista de Referência, atualmente impressos, por documentos digitais, disponibilizados na área exclusiva do Beneficiário, no Portal Bradesco Seguros (bradescoseguros.com.br).

O Kit Digital tem como vantagens a redução na taxa de implantação; o Manual do Beneficiário e a Lista de Referência sempre atualizados e disponíveis em um único local para visualização ou impressão; e a redução da quantidade de impressões, o que contribui para um planeta mais sustentável.



Contratação Conjugada ao Plano Odontológico

Proporciona uma série de vantagens, como custos competitivos e movimentação cadastral integrada, em que o mesmo cartão é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.



Sistema de Informações Gerenciais - SIGE

Disponibiliza relatórios sob medida com histórico dos últimos 36 (trinta e seis) meses e permite a visualização de despesas por prestador de serviço, por procedimento, estatística de consultas e exames, dentre outras informações. O SIGE está disponível para o Cliente que possua, no mínimo, 100 vidas seguradas.



Seguro Viagem Bradesco (Assistência em Viagem)

Disponível para os planos **Premium***, **Nacional Plus***, **Nacional** e **Preferencial Plus**. Com ele, é possível obter uma série de coberturas no caso de acidentes, acontecimentos imprevistos e doenças com manifestação súbita e aguda, quando o Beneficiário estiver em viagem no Brasil a mais de 100km do município de sua residência, bem como em viagens ao exterior. Em ambos os casos, é necessário que o Beneficiário não esteja afastado de sua residência permanente por período superior a 90 (noventa) dias em uma mesma viagem.

O Seguro Viagem está contemplado automaticamente nos planos contratados na modalidade pré-pagamento. Para os Contratos na modalidade pós-pagamento, a inclusão é opcional.

*Para esses planos, está prevista também a cobertura para o Tratado de Schengen.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Clube de Vantagens

O Clube de Vantagens Bradesco Seguros oferece, sem custo adicional, descontos em diversas categorias, como gastronomia, viagens, serviços de assistência, educação, vestuário, lazer e entretenimento. São mais de 300 ofertas cadastradas em estabelecimentos conveniados em todo o País. Para ter acesso aos descontos, basta possuir, pelo menos, um produto do Grupo **Bradesco Seguros** e se cadastrar no site clubedevantagens.bradescoseguros.com.br.

Não é necessário acumular pontos para participar.



Certificação no Processo de Acreditação no Brasil

A Bradesco Saúde é líder no Mercado de Saúde Suplementar Brasileiro, mas segue na busca pela melhoria contínua. Por isso, certificou seus procedimentos de acordo com os mais elevados padrões.

A Acreditação é um sistema de certificação de que práticas implementadas pelas instituições de saúde atendam a padrões de excelência.

Em 2012, a Bradesco Saúde foi a 1ª Operadora de Saúde do País a ter sua qualidade certificada pelo método da Acreditação, nos padrões da ANS, e, em 2019, recebeu, pela terceira vez consecutiva, a classificação mais alta.



Desconto Farmácia*

Com o objetivo de oferecer o melhor aos seus Beneficiários, a Bradesco Saúde, em parceria com a Orizon, oferece descontos de até 85% em medicamentos genéricos e de marca, disponíveis em diversas farmácias credenciadas em todo o Brasil. O Beneficiário pode consultar os medicamentos e farmácias disponíveis por meio do aplicativo Bradesco Saúde ou do Portal da Bradesco Seguros.

*Vantagem válida enquanto vigorar o Contrato entre a Bradesco Saúde e a Orizon, que possui acordo com as redes conveniadas. O desconto, não acumulativo, incide sobre o preço máximo de venda ao consumidor.



Aplicativo Legislação de Saúde Suplementar para iPad

Desenvolvido para auxiliar os Beneficiários e gestores de RH, o aplicativo permite o acesso a toda legislação voltada para o mercado de Saúde Suplementar no Brasil em um só lugar. Além disso, proporciona interface organizada e de fácil acesso, busca avançada por palavra-chave, número da norma, tipo, assunto, origem e data da publicação. Sua atualização é constante.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Bradesco Saúde Concierge

Faz parte do plano Premium, em todo o território nacional, e do Nacional Plus, no caso de Beneficiários residentes nas seguintes cidades: Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Salvador. Com ele, o Beneficiário tem acesso a uma série de serviços exclusivos*, sempre com a comodidade, a praticidade e a segurança que ele merece. O Bradesco Saúde Concierge disponibiliza Salas Vip em centros de referência médica do País. Em São Paulo, é possível encontrá-las no Hospital Sírio-Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein e o HCor (Hospital do Coração). No Rio de Janeiro, a Casa de Saúde São José conta com uma dessas salas.

Disponível exclusivamente para os Contratos de segmentação completa (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia).

*Os serviços de Assistência em Viagem com Cobertura para o Tratado de Schengen, Orientação Médica por Telefone, Central de Marcação de Exames Especiais, *Welcome Home*, Importação de Medicamentos, Segunda Opinião Médica Internacional, Prontuário Eletrônico, Central de Suporte à Obtenção de Vagas, Lista de Referências Médicas e Saúde em Equilíbrio estão disponíveis em todo o território nacional. Já a Coleta Expressa de Documentos para Solicitação de Reembolso, Atendimento Móvel para Realização ou Coleta de Exames, *Welcome Baby* e Vacinas do Viajante estão disponíveis exclusivamente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. Os serviços do Bradesco Saúde Concierge são válidos enquanto vigorarem os Contratos ou acordos com as Empresas que os operam.



Status de Senha

Permite ao Beneficiário consultar, pelo *site* bradescoseguros.com.br ou pelo APP Bradesco Saúde, a situação dos pedidos que necessitam de autorização.

A funcionalidade tem atualização imediata, sincronizada com os sistemas da Bradesco Saúde, e contém as seguintes informações: identificação do prestador, data em que o procedimento médico-hospitalar foi solicitado e a posição atualizada de cada etapa do processo. Além disso, sempre que houver autorização, a senha será informada.

Canais Importantes

Central de Atendimento SPG:

Estrutura de pós-venda para suporte aos Corretores e Clientes, com equipes destinadas a prestar atendimento à área de Recursos Humanos, proporcionando informações necessárias e auxiliando os gestores no acompanhamento dos processos que envolvam a utilização do Plano de Saúde.

4004 2761 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2761 (demais localidades)

CRC - Central de Relacionamento com Cliente:

Linha de telefone especial para contato, de forma simples e rápida, com a Operadora. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Nesse canal, o Cliente pode esclarecer suas dúvidas e obter informações sobre coberturas, cálculo prévio e acompanhamento de reembolso, além de informações sobre a Rede Referenciada, entre outras.

4004 2700 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2700 (demais localidades)

Serviço de Atendimento ao Consumidor:

Serviço telefônico gratuito, disponível todos os dias, ininterruptamente, para resolução de problemas na relação de consumo, por meio do fornecimento de informações públicas e de recebimento de reclamações de todos os produtos e serviços comercializados. São informações públicas aquelas de caráter institucional do Grupo Bradesco Seguros, endereços e telefones de Sucursais, Corretores e prestadores de serviços vinculados ao negócio, horários de funcionamento das Sucursais e canais de atendimento, endereços de sites do Grupo Bradesco Seguros, dentre outras.

0800 727 9966

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala:

Serviço colocado à disposição pela Bradesco Seguros para atender aos surdos que utilizam telefones especiais, dotados de teclado alfanumérico e visor. O atendimento é realizado por troca de mensagens, permitindo que o Cliente se comunique diretamente com os profissionais da Central de Relacionamento com o Cliente e SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) sem a ajuda de intermediários. Esse serviço vai facilitar o contato com a Bradesco Seguros, oferecendo uma solução simples e eficiente para a troca de informações e prestação de serviços.

0800 701 2708

Canais Importantes

Central de Relacionamento com Cliente Concierge:

Atendimento exclusivo para os Beneficiários Concierge. Disponível para obter informações sobre coberturas, cálculo prévio e acompanhamento de reembolso, informações sobre médicos e clínicas da Rede Referenciada, além de solicitar os benefícios exclusivos do plano.

4004 2726 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2726 (demais localidades)

Ouvidoria:

Além dos canais mencionados anteriormente, a Bradesco Seguros dispõe de uma Ouvidoria. Trata-se de um sistema exclusivo de relacionamento com os Clientes e Corretores, destinado a receber e a responder a reclamações de segunda instância, sugestões e elogios. O prazo de resposta é de até 5 (cinco) dias úteis. O contato com a Ouvidoria é feito pelo canal Alô Bradesco Seguros, de segunda a sexta-feira, das 8h às 19h (horário de Brasília), exceto feriados.

0800 701 7000

Portal Bradesco Seguros para Empresas (Área do Contratante):

Canal exclusivo para que os gestores possam obter informações relacionadas ao plano contratado. Nele também é possível utilizar alguns serviços, como impressão de segunda via de boleto, busca de Sucursal, Rede Referenciada, obter extratos de participação do Beneficiário, dentre outros.

Portal Bradesco Seguros para Beneficiários (Área do Beneficiário):

Canal exclusivo em que o Beneficiário pode consultar informações relacionadas ao plano contratado, tais como:

- Rede Referenciada;
 - Reembolso;
 - Extrato de participação do Beneficiário;
 - 2ª via de extrato de Imposto de Renda;
 - Manual do Beneficiário;
 - Dicas de utilização.
-

Portal Bradesco Seguros para Corretores:

Criado especialmente para o Corretor que comercializa os produtos da Bradesco Seguros, disponibiliza, na aba Saúde, funcionalidades, tais como:

- Informação sobre Produtos;
- Rede Referenciada;
- SPG Implantação de Contratos;
- Movimentação Expressa;
- Cadastro de Produtores;
- Material de Apoio.

Sobre a **Bradesco Dental**



A Bradesco Dental, marca do Grupo OdontoPrev, Empresa líder no mercado brasileiro de assistência odontológica com cerca de 6,4 milhões de Beneficiários e uma Rede Referenciada com mais de 28 mil Referenciados, disponibiliza tanto ao segmento corporativo como ao massificado um amplo conjunto de soluções, como:

- ✓ Bradesco Dental Empresarial - para Empresas com mais de 200 pessoas.
- ✓ Bradesco Dental SPG - para Empresas com até 199 pessoas.
- ✓ Bradesco Dental Ideal - para pessoa física nas modalidades mensal ou anual.

Do ponto de vista negocial, o mercado privado de saúde no Brasil está em expansão, e o setor de odontologia, particularmente, vem apresentando as maiores taxas de crescimento.

Vários são os fatores que impulsionam esse crescimento, entre eles, podemos destacar:

- ✓ **Desequilíbrio estrutural entre oferta e demanda de serviços:** uma das maiores ofertas de profissionais do mundo somada a uma grande parte da população sem acesso aos serviços pela falta de mecanismos eficientes de financiamento e gestão do sistema;
- ✓ **Falta da alternativa do sistema público:** a pequena e precária oferta de atendimento odontológico por parte do Estado deixa a maior parte da população sem acesso a tal atendimento;
- ✓ **A crescente penetração dos Planos Odontológicos nos pacotes de benefícios das Empresas:** inicialmente restrito às grandes corporações, o benefício dental cresce de forma contínua em organizações de médio e pequeno porte.
- ✓ **As oportunidades representadas pelo interesse crescente de novos canais de distribuição,** como Corretores de Plano de Saúde e consultorias de benefícios.

Relacionamento Bradesco Dental - Corretor

PORTAL DE NEGÓCIOS

Com o objetivo de ser seu ambiente de trabalho *on-line*, o **Portal de Negócios** disponibiliza, de forma prática e segura, uma série de serviços que possibilitam um correto gerenciamento de sua carteira de Clientes no segmento odontológico.

Confira abaixo os serviços que podem ser acessados e comece a navegar hoje mesmo:



A) EMISSÃO EXPRESSA SPG

B) MOVIMENTAÇÃO EXPRESSA SPG

C) CONDIÇÕES GERAIS

- Bradesco Dental SPG

D) APOIO À VENDA

- Propostas
- Manuais dos Produtos
- Folheteria

E) COBERTURAS DO PRODUTO SPG

F) INFORMAÇÕES

- Normas Editadas pela ANS para Planos Coletivos
- Rol de Procedimentos
- Vantagens para o Beneficiário
- Rede Referenciada Bradesco Dental

G) DEMAIS SERVIÇOS

- Cartões Virtuais

Acesse o *link* no Portal Bradesco Seguros: bradescoseguros.com.br.

Pós-venda Bradesco Dental SPG

Disponibilizamos uma estrutura de atendimento tanto à Empresa como a seus Colaboradores.

A) PARA A ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

Núcleo de Atendimento disponível para esclarecer as dúvidas, de forma personalizada, sempre atento aos detalhes e necessidades de cada Cliente.

São diferentes expertises para um único objetivo: oferecer o melhor atendimento corporativo em saúde bucal.

- 2ª via de boleto / CCB;
- Refaturamento nos casos de reativação do Contrato;
- Inclusões, exclusões, 2ª via de carteirinhas;
- Rescisão do Contrato;
- Troca de Corretor;
- Ocorrência de Rede - reclamações referentes a tratamentos odontológicos e/ou insuficiência de rede;
- Reembolso - acompanhamento do processo em casos especiais;
- Atualização cadastral da Empresa.

B) PARA O COLABORADOR BENEFICIÁRIO

Dúvidas, Solicitações, Reclamações e Orientações podem ser realizadas diretamente nos canais de comunicação disponíveis. As Centrais de Atendimento Bradesco Dental estão à disposição dos Beneficiários para atendê-los por completo:

- Central de Relacionamento - 0800 602 3332 - 7 dias por semana, 24h.
- SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor - 0800 600 2894 - 7 dias por semana, 24h.
- SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala - 0800 722 2191 - 7 dias por semana, 24h.
- Ouvidoria - 0800 772 2073 - 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h.

C) PARA O CORRETOR

O atendimento em relação às dúvidas do produto pode ser realizado por meio do e-mail: atendimentoVI@bradescodental.com.br.

Produtos Bradesco Dental SPG

Para atender as Empresas de até 199 pessoas, foi desenvolvido o Bradesco Dental SPG, um produto que, além de valorizar a qualidade de vida dos funcionários e a de seus dependentes, é de fácil contratação e utilização, possui atendimento em âmbito nacional, oferece coberturas de procedimentos dentro das principais especialidades odontológicas por um custo acessível e sem carências. Além disso, é possível o uso da livre escolha de acordo com o plano contratado.

O Bradesco Dental SPG também está disponível para contratação conjugada ao Plano de Saúde e oferece uma série de vantagens à Empresa como: custos competitivos, emissão de fatura única, movimentação cadastral integrada e um único cartão que é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.

Planos	Número de Beneficiários	Modalidade	Tipo de Contratação com Plano de Saúde
Padrão Doc	3 - 199	Compulsória	Não Conjugado
Padrão Doc	3 - 29		Conjugado
Padrão Doc	30 - 99		Conjugado
Padrão Doc	100 - 199		Conjugado
Premium Top	3 - 199		Conjugado ou não ao Bradesco Saúde

Planos

PADRÃO DOC: Possui 217 eventos cobertos.

Possui reembolso exclusivo de 1 (uma) vez o valor da tabela de reembolso.

PREMIUM TOP: Possui 308 eventos cobertos.

Possibilita a contratação de diferentes níveis de reembolso de acordo com a necessidade da Empresa: 1, 3, 4, 5, 6 ou 8 vezes o valor da tabela de reembolso.

A) Principais Coberturas do Plano PADRÃO DOC

Diagnósticos - consultas

- Consulta odontológica inicial.

Emergência / Urgência - alívio de dor

- Consulta odontológica de Urgência;
- Colagem de fragmentos dentários;
- Recimentação de trabalhos protéticos;
- Reimplante dentário com contenção.

Planos

Dentística - obturações e restaurações em resina e amálgama

- Restauração de amálgama;
- Restauração em resina fotopolimerizável;
- Restauração em ionômero de vidro;
- Restauração de pino;
- Remoção de trabalho protético.

Odontopediatria - tratamentos especializados para crianças

- Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- Aplicação de selante - técnica invasiva;
- Aplicação de selante de fóssulas e fissuras;
- Mantenedor de espaço.

Radiologia - raio-X

- Radiografia periapical;
- Radiografia interproximal - *bite-wing*;
- Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- Discrepância de modelos;
- Modelos de trabalho;
- Fotografia;
- Modelos ortodônticos;
- *Slide*;
- Traçado cefalométrico;
- Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos ortodônticos;
- Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodônticos, 7 fotos ou *slides* e análise cefalométrica extra;
- Documentação ortodôntica especial: documentação ortodôntica completa mais tele frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3^o molares;
- Documentação ortodôntica ortopédica: panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extras, 3 intrabucais, perfil e lateralidade) ou *slides* (máximo 9);
- Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extrabucais, 3 intrabucais);
- Panorâmica + modelos ortodônticos.

Planos

Prevenção - limpeza dos dentes

- Aplicação tópica de flúor;
- Atividade educativa em saúde bucal;
- Orientação de higiene bucal (técnica de escovação e bochecho com flúor);
- Profilaxia: polimento coronário.

Periodontia - tratamentos de gengiva inclusive raspagens

- Raspagem subgengival/alisamento radicular;
- Raspagem supragengival;
- Manutenção periodontal;
- Enxerto gengival livre.

Endodontia - tratamento e retratamento de canais

- Tratamento endodôntico;
- Retratamento endodôntico;
- Clareamento de dente desvitalizado.

Cirurgia - extrações realizadas em consultório

- Biópsia de boca;
- Exodontia simples de permanente;
- Remoção de dentes inclusos/impactados;
- Remoção de dentes semi-inclusos/impactados.

Prótese - garantida pelo rol mínimo da legislação, tais como núcleo e restauração metálicos fundidos e coroas totais (provisórias, unitárias, metálicas e em cerômero para dentes anteriores)

- Coroa total em cerômero;
- Coroa total metálica;
- Coroa provisória com e sem pino;
- Núcleo metálico fundido;
- Núcleo de preenchimento;
- Restauração metálica fundida.

B) Principais Coberturas do Plano PREMIUM TOP

Diagnósticos – consultas

- Consulta odontológica inicial.

Planos

Emergência / Urgência - alívio de dor

- Consulta odontológica de Urgência;
- Colagem de fragmentos dentários;
- Recimentação de trabalhos protéticos;
- Reimplante dentário com contenção.

Dentística - obturações e restaurações em resina e amálgama

- Restauração de amálgama;
- Restauração em resina fotopolimerizável;
- Restauração em ionômero de vidro;
- Restauração de pino;
- Remoção de trabalho protético;
- Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro.

Odontopediatria - tratamentos especializados para crianças

- Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- Aplicação de selante - técnica invasiva;
- Aplicação de selante de fósulas e fissuras;
- Mantenedor de espaço.

Radiologia - raio-X

- Radiografia periapical;
- Radiografia interproximal - *bite-wing*;
- Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- Documentação ortodôntica;
- Modelos ortodônticos;
- Radiografia da mão e do punho - carpal.

Prevenção - limpeza dos dentes

- Aplicação tópica de flúor;
- Atividade educativa em saúde bucal;
- Orientação de higiene bucal (técnica de escovação e bochecho com flúor);
- Profilaxia: polimento coronário.

Periodontia - tratamentos de gengiva inclusive raspagens

- Raspagem subgengival/alisamento radicular;
- Raspagem supragengival;
- Manutenção periodontal;
- Enxerto gengival livre.

Planos

Endodontia - tratamento e retratamento de canais

- Tratamento endodôntico;
- Retratamento endodôntico;
- Clareamento de dente desvitalizado.

Cirurgia - extrações realizadas em consultório

- Biópsia de boca;
- Exodontia simples de permanente;
- Remoção de dentes inclusos/impactados;
- Remoção de dentes semi-inclusos/impactados;
- Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos.

Prótese - garantida pelo rol mínimo da legislação, tais como núcleo e restauração metálicos fundidos e coroas totais (provisórias, unitárias, metálicas e em cerômero para dentes anteriores)

- Coroa total em cerômero;
- Coroa total metálica;
- Coroa provisória com e sem pino;
- Núcleo metálico fundido;
- Núcleo de preenchimento;
- Restauração metálica fundida;
- Eventos em materiais de:
 - Cerômero;
 - Porcelana;
 - Resina;
 - Placa de clareamento;
 - Prótese total.

Ortodontia - aparelho, documentação e manutenção ortodôntica

- Aparelho ortodôntico;
- Manutenção de aparelho ortodôntico.

Abrangência

O produto tem abrangência nacional com Rede Referenciada de clínicas e dentistas que atenderão a Bradesco Dental sob a designação de Rede UNNA.

Modalidade de **Inclusão**



Inclusão compulsória ou automática:

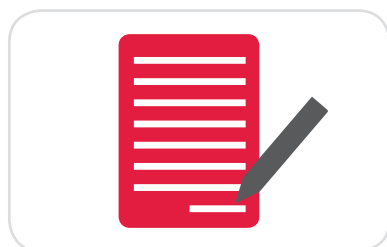
Disponível para Empresas a partir de 3 (três) Beneficiários - no início da vigência do Contrato, todos os Colaboradores (FGTS da Empresa) e seus dependentes são incluídos no plano, ou, ainda, pode ser definido contratualmente um determinado grupo homogêneo de Colaboradores.

Formação do **Preço**



O valor é fixo e previamente calculado em concordância com as coberturas disponibilizadas de acordo com o plano contratado (Padrão DOC ou Premium Top).

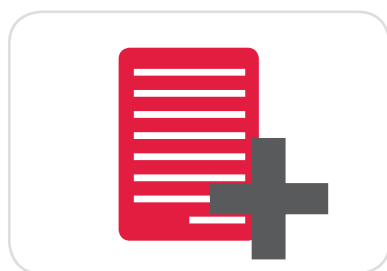
Reajuste do Contrato



O reajuste financeiro da contribuição mensal terá, por base, a variação dos custos odontológicos, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do plano, segundo índices auditados por instituição externa idônea.

A periodicidade do reajuste da contribuição mensal é anual, incidindo no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação aplicável.

Vigência e Renovação do Contrato



A vigência do Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data definida na Proposta Comercial assinada pelo Contratante, desde que devidamente ratificada pela Operadora. O Contrato será renovado automaticamente, por tempo indeterminado, caso não haja manifestação contrária de qualquer uma das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e não caberá a cobrança de taxas ou de qualquer outro valor por esse motivo.

Grupo Elegível

Beneficiário Titular

- Pessoas que tenham vínculo empregatício comprovado com a Empresa Contratante do Plano Odontológico por meio de Contrato Social ou FGTS.

Beneficiário Dependente - Consideram-se dependentes do Beneficiário Titular:

- Cônjuge ou companheiro(a);
- Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 29 (vinte e nove) anos de idade, se comprovadamente universitários, e filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do Beneficiário Titular.

Poderão ser aceitos:

- Funcionários;
- Sócios;
- Estagiários, mediante cópia do contrato de estágio;
- Menor Aprendiz;
- Contrato Temporário;
- Respectivos dependentes.

Não poderão ser aceitos:

- Associados;
- Cooperados;
- Grêmios;
- Clubes;
- Igrejas e afins.

Atenção:

Não são elegíveis ao plano prestadores de serviços e procuradores, bem como agregados (pessoas que possuem vínculo com o Titular diferente do previsto para dependentes).

Rede UNNA

É a marca que representa a Rede Referenciada formada por cirurgiões-dentistas que atenderão aos Beneficiários dos planos Bradesco Dental. Essa rede garante atualmente o atendimento a mais de 6,4 milhões de Beneficiários dos mais diversos produtos e marcas do grupo, utilizando um único modelo operacional.

Muitas inovações marcam a criação desse conceito único, que conta com profissionais de qualidade, as melhores práticas em odontologia, processos mais simplificados e incorporação de novas tecnologias. Seu modelo operacional foi elaborado por um seleto grupo de profissionais da antiga Rede Referenciada e docentes de reconhecidas instituições acadêmicas e de pesquisa, em conjunto com integrantes do Grupo OdontoPrev. Seu desenvolvimento levou, em conta, diretrizes científicas nacionais e internacionais, como a FDA - *Food and Drug Administration* (USA).

A Rede UNNA possui uma ampla Rede Referenciada capaz de oferecer aos Beneficiários do Grupo OdontoPrev profissionais qualificados e rápido atendimento nas diferentes regiões do Brasil. Está presente em todo o território nacional com cerca de 28 mil Referenciados e mais de 2,3 mil municípios atendidos.

A) Princípios da Rede UNNA

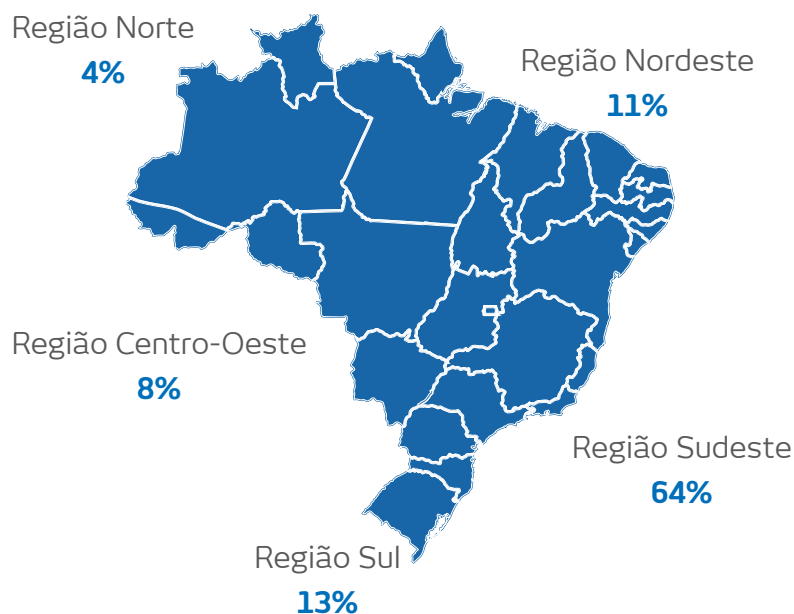
- Preocupação com o bem-estar das pessoas, por meio de cuidados com a saúde bucal;
- Compromisso com a excelência odontológica, oferecendo serviços de alta qualidade;
- Atendimento às regras e exigências dos órgãos que regulamentam a atividade;
- Transparência e respeito aos profissionais Referenciados;
- Inovação constante e crescimento sustentável.

B) Vantagens para os Beneficiários

- Balanceamento da Rede Referenciada: a criação da Rede UNNA aumentou significativamente a quantidade de cirurgiões-dentistas Referenciados e o número de municípios atendidos. Novos processos foram implementados, permitindo antecipar e agilizar novos credenciamentos, oferecendo uma Rede Referenciada ampla e dimensionada de maneira equilibrada.
- Gestão de qualidade: um sistema único de gestão da saúde em odontologia, que inclui acompanhamento de qualidade em 100% dos tratamentos realizados, proporcionando maior segurança e tranquilidade para as Empresas e os Beneficiários.
- Abrangência: a Rede UNNA oferece uma abrangência inigualável, com atendimento em diversas regiões do Brasil. Essa ampla oferta de profissionais possibilita que o Beneficiário tenha sempre uma boa opção de atendimento por perto.

Rede UNNA

Números da Rede UNNA



C) Indicação de Novos Dentistas

A Rede UNNA, por meio de um novo modelo de gestão, identifica e inicia automaticamente os processos de credenciamento nas localidades que necessitam de ampliação de Rede Referenciada. Essa solução permite antecipar e agilizar novos credenciamentos, oferecendo uma Rede Referenciada ampla e dimensionada, conforme as necessidades dos Clientes.

Caso exista a necessidade de indicação de cirurgião-dentista, temos disponível um canal para receber essas indicações: solicitacoes@redeunna.com.br.

Solicitação de **Estudo/Proposta**

O Estudo/Proposta deve ser solicitado pelo **Portal de Negócios**, por meio do Emissão Expressa. Em caso de dúvidas, contate a Sucursal Bradesco (equipe OdontoPrev).

Reembolso

Todo Beneficiário que possui um plano Bradesco Dental conta com a vantagem de utilizar o dentista de sua preferência e a possibilidade de solicitar reembolso do tratamento coberto pelo plano contratado.

O processo de solicitação de reembolso deverá ser feito pelo Beneficiário do plano e o dentista escolhido, não existindo interveniência da Agência/Corretor nesse processo. Caso o Beneficiário tenha dúvidas sobre o processo de reembolso, oriente-o a ligar para a Central de Relacionamento.

Para utilização desse benefício, seguem abaixo as principais informações para a sua utilização.

Solicitando a Prévia do Reembolso

Antes de iniciar o tratamento, o Beneficiário poderá solicitar a prévia de reembolso. O valor prévio estará disponível em até 48 (quarenta e oito) horas. Para isso, envie o formulário Descrição de Serviço Odontológico (DSO), preenchido com o orçamento do cirurgião-dentista, para o fax 011 4878-8299 ou 4878-8298.

Após esse prazo, o Beneficiário deverá ligar para a Central de Relacionamento para ter o resultado da prévia do reembolso.

1. Onde é Possível Obter o Formulário Descrição de Serviço Odontológico (DSO)

O formulário poderá ser obtido pela internet, no Portal bradescodental.com.br.

Atenção:

Sempre que tiver um formulário em aberto, ou seja, sem o encerramento do tratamento ou a efetivação do pedido de reembolso, não será possível imprimir um novo.

2. Preenchendo o Formulário

No formulário, há campos que são de responsabilidade do Beneficiário Titular ou do cirurgião-dentista.

Atenção:

O formulário deve ser preenchido corretamente para não atrasar o processo de reembolso.

2.1. Preenchimento da Capa do DSO

A) Dados Pessoais

- Nome do Beneficiário Titular;
- Nome do Beneficiário paciente;
- Número/Contrato do Beneficiário paciente;
- Local de entrega da solicitação na Sucursal;
- Data de entrega da solicitação na Sucursal;
- Empresa em que trabalha.

Reembolso

B) Informações sobre os Recibos

- Nome do Prestador de Serviço/Executor;
- CPF ou CNPJ;
- Data do evento;
- Valor do recibo.

Obs.: Anotar, no canto esquerdo ao fim das linhas: quantidade de recibos, quantidade de DSOs e quantidade de radiografias encaminhadas.

C) Preenchimento do Formulário da DSO

- Número do Cartão do Beneficiário paciente;
- Nome do Beneficiário paciente;
- Nome do Beneficiário Titular;
- Nome do Cirurgião-dentista/Clínica executora;
- CPF ou CNPJ do executor.

2.2. Campos de Responsabilidade do Cirurgião-dentista

A) Descrição Detalhada do Plano de Tratamento e Orçamento

Preenchimento da tabela referente ao plano de tratamento, incluindo os códigos de procedimentos, bem como os detalhes do tratamento proposto, dente/área/região, as faces a serem tratadas, os valores que serão cobrados por cada item do tratamento e a sua totalização.

B) Dados do Cirurgião-dentista

Todos os dados desse campo deverão ser de pessoa física ou pessoa jurídica, conforme recibo ou Nota Fiscal que será emitida em favor do Beneficiário Titular do plano.

3. Como deve ser enviado o Formulário?

3.1 Encerrando o Processo para Requisição do Reembolso

Quando o tratamento estiver encerrado, o Beneficiário deverá datar e incluir as assinaturas do Beneficiário Titular e do cirurgião-dentista no formulário de reembolso. De posse do formulário original, preenchido e assinado, e de toda a documentação complementar obrigatória que é indispensável ao processamento de reembolso: Recibo (com CPF do dentista) ou Nota Fiscal original assinada pelo dentista, o Beneficiário deverá encaminhar todos os documentos para o endereço abaixo ou entregar na Sucursal mais próxima:

Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha
Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri - SP

O recibo ou Nota Fiscal do profissional deve apresentar o mesmo valor que o da solicitação. As imagens do início e do fim do tratamento devem ser postadas junto com o formulário.

4. Efetivação do Reembolso - Considerações Finais

O valor de reembolso aprovado será creditado, na conta-corrente do Beneficiário Titular (indicada no formulário), em até 10 (dez) dias após o recebimento do formulário com as documentações originais. Em caso de conta conjunta, será creditado para o primeiro Titular.

Obs.: Não deverá ser utilizado número de conta salário, para evitar devolução do pedido de reembolso.

Carência

Isenção total de carências, o plano passa a valer logo após a contratação.

Documentação Necessária para **Implantação do Contrato**

1º - Proposta Comercial de Contrato de Operações de Plano

- Assinada pelo responsável da Empresa, assinatura essa que deverá estar em conformidade com o documento da Empresa (Contrato Social, Documento Pessoal, Requerimento de Empresário ou Certificado de Microempreendedor). Em caso de Contrato Social, o responsável por assinar deverá ser aquele que consta na "cláusula administrativa" ou "gerência" (em conjunto ou separadamente). A assinatura não poderá estar rubricada;
- Assinada e carimbada pelo(a) Corretor(a);
- Devidamente preenchida:
 - Dados do Contratante: em conformidade com o cartão CNPJ;
 - Sucursal (novo código);
 - Agência/dígito e conta-corrente/dígito caso a opção seja débito automático;
 - Categoria funcional;
 - Número de usuários que adentrarão ao plano;
 - Local e data.

2º - Ficha de Inclusão

- Assinada e carimbada pelo angariador (Corretor);
- Devidamente preenchida:
 - Dados do Titular: nome todo sem abreviação; CPF; sexo; data de nascimento; dados completos do RG; cargo/profissão; estado civil e nome da mãe.
 - Endereço residencial completo;
 - Dados do plano: Padrão;
 - Dados da angariação: código do Corretor e do Supervisor (novo código) e Agência quando houver;
 - Dependente (quando houver): nome; CPF (se for menor de idade, não é obrigatório); data de nascimento (filhos até 29 anos); sexo; estado civil; grau de parentesco (exclusivamente cônjuges, filhos, companheiros e enteados) e nome da mãe.

3º - Documentos Necessários da Empresa

Em casos de sociedade:

- Contrato Social ou última alteração consolidada: deverá conter o selo da junta comercial ou o Registro Civil de Pessoa Jurídica (geralmente ao fim ou no verso do documento).

Documentação Necessária para **Implantação do Contrato**

Em casos de firma individual:

- Se EIRELI (Empresa Individual de Responsabilidade Limitada): Documento completo e atualizado e deverá conter o selo da junta comercial ou o Registro Civil de Pessoa Jurídica (geralmente ao fim ou no verso do documento);
- Se MEI (Certificado de Microempreendedor Individual): Documento atualizado. Ele é retirado pela internet e não contém assinatura. Nesse caso, exigimos o RG para comprovação da assinatura;
- Se Requerimento de Empresário: Documento feito em cartório, que deverá estar assinado e com o selo da junta comercial.

Em caso de condomínio:

- ATA contendo a última nomeação do síndico;
- RG do síndico para comprovação de assinatura.

Em casos de cooperativas e associações:

- Estatuto;
- ATA contendo a última nomeação do presidente/diretoria;
- RG do presidente para comprovação de assinatura.

4º - Cartão CNPJ

- Deverá estar atualizado, com data de, no mínimo, seis meses;
- Verificar se a situação cadastral está ativa.

5º - CCB Quitado

- Se o CCB estiver quitado a mais de 15 (quinze) dias, será necessária uma carta da Empresa autorizando a mudança do início de vigência para XX/XX/XXXX (data atual para validar mais 15 (quinze) dias).

Obs.: Todas as cartonagens deverão estar atualizadas e sem rasuras.

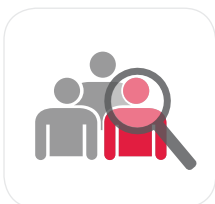
Diferenciais da Bradesco Dental

Os produtos apresentam vários diferenciais de mercado, que também devem ser apresentados como fortes argumentos para os Clientes, conforme abaixo:



Ampla Rede Referenciada

Mais de 28.000 Referenciados distribuídos em cerca de 2,3 mil municípios em todo o Brasil.



Livre escolha de prestadores

Todos os procedimentos cobertos pelos planos têm reembolso (conforme Tabela de Procedimentos de Reembolso - T.P.RE.).



Solidez, confiança e credibilidade da marca Bradesco



Portal Bradesco Dental (Benefícios On-line)

Existem várias informações disponíveis para os Beneficiários por meio do Portal bradescodental.com.br:

- Consulta de Rede Referenciada;
- Prontuário Virtual;
- Bradesco Dental *Mail* (aviso de abertura de tratamento e extrato de tratamento);
- Informativo de IR (mensalidade e reembolso);
- Reembolso (formulários, pendências, simulações, *status* e extratos);
- Central de atendimento;
- Dicas de saúde bucal;
- Dados cadastrais.

Diferenciais da Bradesco Dental



Desconto especial ao ser contratado com o Plano de Saúde



Cartão de Identificação único de Plano de Saúde e Plano Odontológico quando contratados juntos

Mais facilidade. Com apenas um cartão, os Beneficiários têm acesso aos melhores tratamentos odontológicos e médico-hospitalares. Além disso, um só cartão facilita a movimentação cadastral.



Estrutura exclusiva de atendimento



Planos a partir de 3 vidas

Canais Importantes

Com a finalidade de garantir conforto e segurança, disponibilizamos canais de comunicação específicos para atender às suas necessidades. De forma simples e rápida, você esclarece suas dúvidas e obtém informações a qualquer hora do dia ou da noite.

Conheça abaixo as diversas opções de atendimento e em que aspecto cada uma pode melhor ajudar:

a) CRC - Central de Relacionamento: 0800 602 3332

Informações específicas sobre seu Plano Odontológico (indicação de rede para atendimento, coberturas, especialidades, acompanhamento de tratamentos, reembolsos, orientações sobre atendimento de urgência e emergência, solicitações de 2ª via de carteirinhas e demais serviços relacionados ao produto). Disponível 24h por dia, sete dias por semana.

b) Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 600 2894

Serviço de Atendimento gratuito, disponível todos os dias, ininterruptamente, para resolução de problemas na relação de consumo, por meio do fornecimento de informações públicas e de recebimento de reclamações de todos os produtos e serviços comercializados, disponível 24h por dia, sete dias por semana.

c) SAC - Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 722 2191

Serviço de Atendimento especial, disponibilizado para atender aos deficientes auditivos e de fala, por meio de telefones dotados de teclado alfanumérico e visor. Disponível 24h por dia, sete dias por semana.

d) Ouvidoria: 0800 772 2073

É um canal de comunicação direto e de segunda instância, disponibilizado, em especial, aos que já acionaram a Central de Relacionamento ou o Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC e encontram-se diante de uma demanda ainda não resolvida pelos canais habituais de atendimento. É um canal exclusivo que tem por objetivo acolher as manifestações, garantir a qualidade na busca de soluções efetivas para as demandas apresentadas e subsidiar o aperfeiçoamento dos processos internos. Atendimento em dias úteis, das 8 às 18 horas.

e) Portal Bradesco Dental para o Beneficiário

Um espaço exclusivo para o Beneficiário onde ele pode ter acesso a uma série de serviços e informações como Rede Referenciada, reembolso, coberturas do plano, extrato de Imposto de Renda, entre outros benefícios para tornar sua vida mais simples.

f) Portal Bradesco Dental para Empresas

Um canal exclusivo para que os gestores do plano possam realizar, de modo simples e rápido, a administração do plano. Para tanto, é disponibilizado a movimentação cadastral, inclusão ou exclusão de Beneficiários, busca de rede, extrato de Imposto de Renda, relação de Sucursais, entre outros serviços.

As informações e as imagens contidas neste Manual são indicativas. Os direitos e as obrigações encontram-se nas Condições Gerais do Seguro Contratado. Todos os serviços estão sujeitos a limites e especificações estabelecidos nas Condições Gerais e são válidos para atendimento na área de abrangência contratada. A Bradesco Saúde não comercializa Plano Individual.



bradescoseguros.com.br/saude
bradescoseguros.com.br/dental

CRC - Central de Relacionamento:

4004 2700 (capitais e regiões metropolitanas)
0800 701 2700 (demais localidades)

SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2708

Ouvidoria: 0800 701 7000

ANS - nº 301949

ANS - nº 005711

CNPJ 58.119.199/0001-51