Manual do Corretor

bradesco saúde

Com Você. Sempre.

Bradesco Saúde e Bradesco Dental - SPG*

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

*Seguro para grupos de 3 a 199 pessoas.

Índice

SAÚDE

- Sobre a Bradesco Saúde 4
- Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor 5
- Segmento 8
- Modalidade de Inclusão 8
- Opções de Cobertura 9
- Acomodações 9
- Coparticipação 10
- Formação do Preço 11
- Modalidade de Pagamento 11
- Reajuste por Mudança de Faixa Etária 12
- Condições Contratuais 13
- Grupo Elegível 14
- Solicitação de Estudo/Proposta 20
- Comissionamento 21
- Regiões da tabela de cotações SPG 22
- Prazos para Autorização de Procedimentos Médicos 27
- Reembolso 27
- Tabelas de Planos 30
- Carência 34
- Cobertura Parcial Temporária (CPT) 36
- Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários 37
- Diferenciais da Bradesco Saúde 43
- Canais Importantes 48

DENTAL

- Sobre a Bradesco Dental 51
- Relacionamento Bradesco Dental - Corretor 53
- Pós-venda Bradesco Dental SPG 54
- Planos 55
- Abrangência 60
- Modalidade de Inclusão 60
- Formação do Preço 60
- Reajuste do Contrato 61
- Vigência e Renovação do Contrato 61
- Grupo Elegível 62
- Rede UNNA 63
- Solicitação de Estudo/Proposta 64
- Reembolso 64
- Carência 68
- Documentação Necessária para Implantação do Contrato 68
- Diferenciais da Bradesco Dental 70
- Canais Importantes 72

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 planos e informações técnicas para o fechamento de novos negócios.

Estaremos à disposição para apoiá-lo sempre que precisar. Conheça os nossos planos e boas vendas!

Atenciosamente,

Bradesco Saúde

bradesco saúde

Com Você. Sempre.

Sobre a Bradesco Saúde

A Bradesco Saúde atua no setor de saúde suplementar desde 1984, com planos feitos sob medida para as necessidades de cada negócio.

Líder de mercado em faturamento e com uma rede referenciada, reconhecidamente qualificada e de abrangência nacional, a Bradesco Saúde oferece proteção e tranquilidade para cerca de 4 milhões de beneficiários.

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

- ✓ Na diversidade dos planos e nas opções de contratação;
- ✓ Na abrangência da rede referenciada, composta por profissionais reconhecidos e de centros de referência;
- ✓ 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 de pós-pagamento e compartilhamento de rede.

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

bradesco saúde

Com Você. Sempre.

Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor

Portal de Negócios

O Portal de Negócios é um ambiente exclusivo, prático e de fácil acesso, criado especialmente para você, corretor.

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

Cadastrado no Portal de Negócios, você pode consultar:

- Cadastro de Produtores
- Canal de Apoio ao Corretor (CAC)
- Emissão Expressa
- Informe de Rendimentos
- Listas de Rede por Linha de Planos
- Material de Apoio à Venda
- Movimentação Expressa (MOVE)
- Novidades em Produtos e Serviços
- Perfil de Clientes
- E muito mais

>> Acesse no Portal Bradesco Seguros

Whatsapp: (21) 4004-2703

Se você é daquelas pessoas que resolvem tudo pelo celular, conte com o atendimento exclusivo ao corretor pelo WhatsApp.

Aplicativo do corretor

Está na rua, em visita externa, e precisa consultar algum serviço do Portal de Negócios? Conte com o aplicativo Bradesco Seguros - Corretor.

Pós-venda com o apoio da Central de Relacionamento

Corretor, caso não consiga solucionar suas dúvidas pelos nossos canais digitais, você também pode contar com um Central de Relacionamento exclusiva SPG, que atende a você e ao contratante:

Capitais e regiões metropolitanas: 4004 2761
Demais regiões: 0800 701 2761

Universeg

É muito importante que você detenha conhecimento completo sobre os serviços disponíveis no plano de saúde para que possa orientar corretamente o cliente.

Bem informado, você conseguirá melhores resultados de vendas!

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

Como acessar a Universeg:

- **Pelo computador:**
  Portal de Negócios na opção **Meus Treinamentos - Universeg**.
- **Pelo celular: App Corretor** > **Meus Treinamentos - Universeg**.

UNIVERSEG

Plataforma de aprendizagem exclusiva para o corretor

Por tudo isso, é importante mantermos a nossa marca cada vez mais **forte** e **presente** no mercado. Contamos com a sua ajuda para dar continuidade ao nosso trabalho, zelando pela ética, qualidade e responsabilidade em nossos negócios. Sempre.

Segmento

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

Oferece assistência nos segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, abrangendo a cobertura de despesas relativas a consultas, exames simples/exames tipo A e exames especias/exames tipo B, terapias, tratamentos ambulatoriais e internações clínicas ou cirúrgicas.

Disponível para todos os planos.

Hospitalar com Obstetrícia

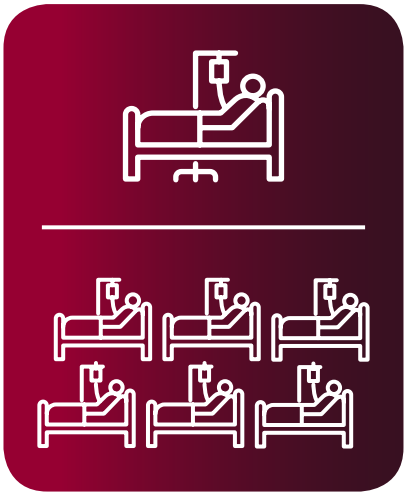
Planejado para atender, principalmente, aos eventos relacionados a grandes riscos do segmento hospitalar com obstetrícia. Oferece cobertura de despesas médicas e hospitalares relativas a internações clínicas ou cirúrgicas.

Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

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

A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo contratante diretamente à Bradesco Saúde após a realização do procedimento pelo beneficiário.

A contratação de plano com coparticipação é uma escolha do contratante. Caso seja contratado, o percentual de coparticipação será de **30% (trinta por cento)**, aplicado sobre o valor de cada procedimento realizado pelos beneficiários.

A efetiva cobrança de coparticipação considerará o valor limite, quando houver, conforme definido no quadro demonstrativo "Coparticipação por Grupo de Procedimentos" abaixo, ou o percentual indicado para o procedimento realizado, prevalecendo o que for menor.

Coparticipação por Grupo de Procedimentos

	REGIONAL	NACIONAL						
	Rio+ e São Paulo+	Regional Goiás	Efetivo	Efetivo Plus	Flex	Ideal	Nacional	Nacional Plus
Acomodação	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Quarto
Atendimento em PS	90,00	90,00	90,00	120,00	115,00	120,00	130,00	320,00
Consulta Eletiva	35,00	35,00	35,00	45,00	40,00	45,00	70,00	160,00
Exames Especiais - Tipo B	120,00	120,00	120,00	160,00	135,00	160,00	160,00	320,00
Exames Especiais - Tipo A	45,00	45,00	45,00	60,00	55,00	60,00	65,00	160,00
Procedimentos Ambulatoriais	135,00	135,00	135,00	150,00	150,00	150,00	180,00	320,00
Procedimentos Seriados	50,00	50,00	50,00	55,00	55,00	55,00	65,00	160,00
Internação	250,00	250,00	250,00	300,00	300,00	300,00	500,00	550,00

*Referência a propostas de vendas realizadas desde 01/11/2024.

Lembre-se:
• Os planos com segmentação exclusivamente hospitalar não dispõem de opção com coparticipação.
• O plano Premium não possui opção de contratação com coparticipação.
• O plano Regional só possui contratação com coparticipação.
• Demais planos não citados acima e que possuem segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia possuem opções de contratação com e sem coparticipação (Rio+, São Paulo+, Efetivo, Efetivo Plus, Flex, Ideal, Nacional e Nacional Plus)
• ATENÇÃO! As regras de coparticipação descritas neste manual se aplicam apenas a contratos SPG (grupos de 3 a 199 pessoas) cotados desde 16/01/2023.

O percentual e valores limites, quando houver, serão aplicados para cada procedimento realizado, ainda que pertençam ao mesmo grupo, inclusive quando realizados em pronto-socorro.

A tabela de referência que contém procedimentos sujeitos à coparticipação e outras informações sobre o modelo de coparticipação em vigor estão disponíveis no *site* da Bradesco Saúde.

Serão isentos de coparticipação os procedimentos realizados pelo Programa Meu Doutor e os procedimentos realizados nas clínicas Meu Doutor Novamed, com exceção **daqueles que, embora realizados dentro da clínica, sejam executados por outros prestadores referenciados. Essa condição poderá ser alterada, a qualquer tempo, pela Bradesco Saúde, mediante prévio aviso ao contratante**.

Outros procedimentos isentos também poderão ser consultados na tabela de referência.

Clique aqui e saiba mais sobre a coparticipação da Bradesco Saúde.

ATENÇÃO! As regras de coparticipação descritas neste manual se aplicam apenas a contratos SPG (grupos de 3 a 199 pessoas) cotados desde 16/01/2023.

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.

Da faixa etária	Para a faixa etária
Até **18** anos	de **19** a **23** anos
de **19** a **23** anos	de **24** a **28** anos
de **24** a **28** anos	de **29** a **33** anos
de **29** a **33** anos	de **34** a **38** anos
de **34** a **38** anos	de **39** a **43** anos
de **39** a **43** anos	de **44** a **48** anos
de **44** a **48** anos	de **49** a **53** anos
de **49** a **53** anos	de **54** a **58** anos
de **54** a **58** anos	de **59** anos em diante

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.

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

SEGMENTO	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	• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia • Hospitalar com obstetrícia*	• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia • Hospitalar com obstetrícia*	• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia • Hospitalar com obstetrícia*
ACOMODAÇÃO	• Quarto individual • Enfermaria**	• Quarto individual • Enfermaria**	• Quarto individual • Enfermaria**
COPARTICIPAÇÃO	• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação • Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação	• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação • Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação	• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação • Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação
MODALIDADE DE PAGAMENTO	• Faixa etária: compulsória e opcional	• Faixa etária: compulsória e opcional	• 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	12 meses	12 meses	12 meses
VENCIMENTO DA FATURA	Data do início da vigência	Data do início da vigência	Data do início da vigência
REAJUSTE	• Financeiro • Por sinistralidade (conforme legislação atual - RN 309) • Por faixa etária	• Financeiro • Por sinistralidade (experiência do grupo) • Por faixa etária	• 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

- Sócios com poderes de gestão e administradores;
- Empregados, inclusive diretores;
- Estagiários;
- Menores aprendizes com idade entre 14 e 24 anos;
- Expatriados/estrangeiros;
- Afastados;
- Demitidos e aposentados: conforme a Resolução Normativa n.º 557, 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 (naturais, adotivos ou enteados), de qualquer idade, quando incapacitados para o trabalho e desde que elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular.

Em caso de casamentos, união estável, nascimento ou adoção, a inclusão do dependente deve ser solicitada em até 30 dias a partir do evento que o tornou elegível.

Dependentes Agregados

A aceitação de dependentes agregados está condicionada à vigência de campanha promocional. A Bradesco Saúde poderá, a seu critério, alterar ou cancelar a campanha aqui descrita a qualquer momento, com ou sem aviso prévio.

- 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, devidamente comprovada, considerando a totalidade da fatura da congênere, 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 488, de 29 de março de 2022, 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.

ALERTA!

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.

ALERTA!

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 processada a rescisão do contrato do plano de saúde.

Condições para manutenção do plano de saúde

Será de responsabilidade da empresa contratante 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 de Cobertura Parcial Temporária (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 meio da empresa ou no *site* **bradescosaude.com.br** pela 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. Lembrando que a empresa contratante deve comunicar a solicitação à Bradesco Saúde;

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 Bradesco Saúde 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 561/22, da ANS.

Portabilidade de Carências

O beneficiário pode utilizar 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 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.

Requisitos

- Vínculo ativo no plano de origem;
- Adimplência na operadora de origem;
- Ter cumprido o prazo de permanência exigido na RN 438/2018;
- O plano de origem deve ter sido contratado após o dia 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei n.º 9656/1998;
- Compatibilidade entre os planos de origem e destino.

Exceto os casos de portabilidade especial/extraordinária, planos em pós-pagamento ou quando o plano de origem e o plano de destino forem coletivos empresariais.

Como verificar a compatibilidade entre plano de origem e de destino para fins de portabilidade?

Por meio do Guia ANS de Planos de Saúde, acessível pela página institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na internet (**www.gov.br/ans/pt-br**). A operadora do plano de origem deverá fornecer aos beneficiários todas as informações que sejam necessárias ao exercício da portabilidade, tais como, mas não se limitando a, data de vinculação ao plano de origem, número do registro da operadora e número do registro do plano.

ALERTA!

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

ALERTA!

O número do processo emitido pelo sistema Emissão Expressa também é o seu número de protocolo de identificação da proposta de contratação.

Você, como corretor, deve informar ao cliente que o processo de contratação está condicionado ao envio das fichas de inclusão preenchidas e assinadas pelos beneficiários e contratante, e que, sendo necessário o envio de documentação ou informação complementar, o prazo de análise será suspenso até que todas as pendências sejam resolvidas. Caso as pendências não sejam solucionadas no prazo de 40 (quarenta) dias, que é o período de validade do processo de cotação/análise, será necessário reiniciar o processo no sistema Emissão Expressa.

Após a implantação do contrato, os beneficiários já poderão acessar a carteirinha digital pelo aplicativo da Bradesco Saúde.

Comissionamento

O corretor receberá a comissão sobre as novas vendas, sendo respeitadas as regras técnicas da Seguradora. As opções de comissionamento, quando aplicáveis, serão disponibilizadas pelo sistema Emissão Expressa, de acordo com o cadastro do corretor na Bradesco Saúde.

Estorno do comissionamento

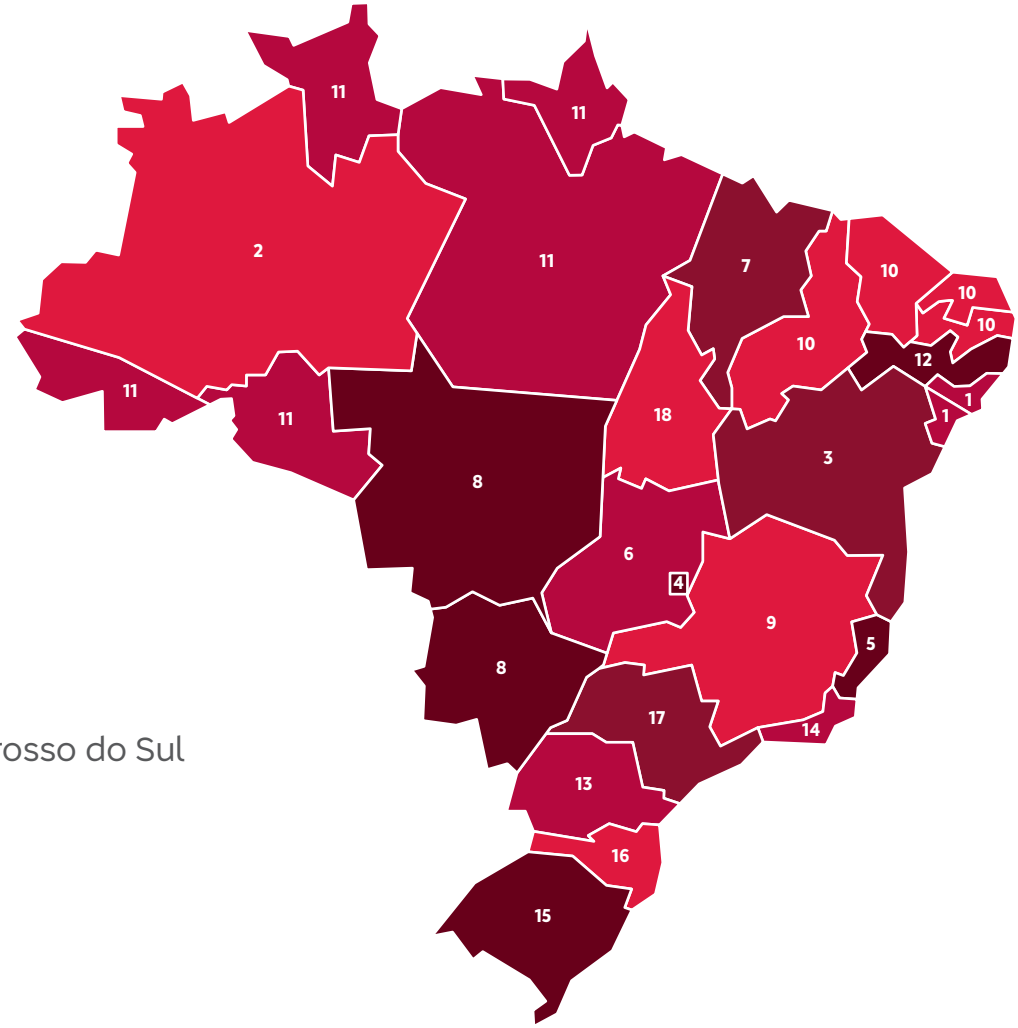
Nos casos de cancelamento de contratos com até doze meses de vigência, haverá estorno do comissionamento pago ao corretor, conforme tabela adiante:

Parcela de comissionamento	Percentual de estorno
1	100%
2	100%
3	100%
4	80%
5	75%
6	70%
7	60%
8	50%
9	45%
10	40%
11	35%
12	30%

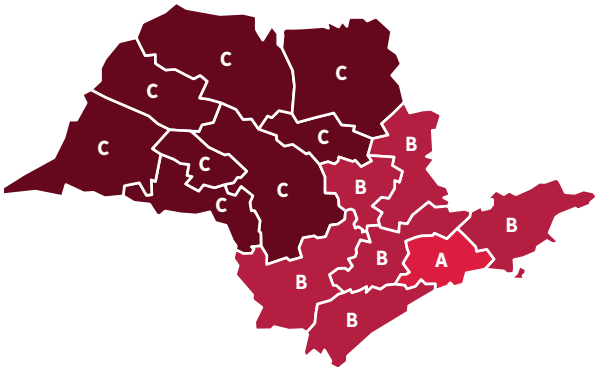
Regiões da tabela de cotações SPG

A precificação levará em conta o endereço do CNPJ da empresa contratante registrado no contrato social para definição da região tarifária, entre outros fatores.

Conheça as segmentações das regiões tarifárias a seguir.



1. Alagoas / Sergipe
2. Amazonas
3. Bahia
4. Distrito Federal
5. Espírito Santo
6. Goiás
7. Maranhão
8. Mato Grosso / Mato Grosso do Sul
9. Minas Gerais
10. Nordeste
11. Norte
12. Pernambuco
13. Paraná
14. Rio de Janeiro
15. Rio Grande do Sul
16. Santa Catarina
17. São Paulo Capital (A)
17. São Paulo Interior (B)
17. São Paulo Interior (C)
18. Tocantins



SP Capital:

Além da capital, compõem a região tarifária os municípios de:

Arujá; Barueri; Biritiba Mirim; Caieiras; Cajamar; Carapicuíba; Cotia; Diadema; Embu das Artes; Embu-Guaçu; Ferraz de Vasconcelos; Francisco Morato; Franco da Rocha; Guarulhos; Itapecerica da Serra; Itapevi; Itaquaquecetuba; Jandira; Juquitiba; Mairiporã; Mauá; Osasco; Pirapora do Bom Jesus; Poá; Ribeirão Pires; Rio Grande da Serra; Salesópolis; Santa Isabel; Santana de Parnaíba; Santo André; São Bernardo do Campo; São Caetano do Sul; São Lourenço da Serra; São Paulo; Suzano; Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

São Paulo Interior 1:

Aguaí; Águas da Prata; Águas de Lindóia; Águas de São Pedro; Ajapi; Alambari; Alumínio; Americana; Amparo; Ana Dias; Angatuba; Aparecida; Aparecida de São Manuel; Apiaí; Araçariguama; Aracoiaba da Serra; Arapeí; Araras; Areias; Artemis; Artur Nogueira; Atibaia; Bananal; Barra do Turvo; Batatuba; Bertioga; Biritiba-Ussu; Boituva; Buri; Cabreúva; Caçapava; Bom Jesus dos Perdões; Bragança Paulista; Cachoeira Paulista; Caconde; Caibura; Cajati; Campina do Monte Alegre; Campinas; Campo Limpo Paulista; Campos do Jordão; Cananéia; Canas; Capão Bonito; Capela do Alto; Capivari; Caraguatatuba; Cardeal; Caruara; Casa Branca; Cerquilho; Cesário Lange; Charqueada; Cipó-Guaçu; Cosmópolis; Conchas; Cordeirópolis; Corumbataí; Cruzeiro; Cubatão; Cunha; Divinolândia; Eldorado; Eleutério; Elias Fausto; Engenheiro Coelho; Espírito Santo do Pinhal; Estiva Gerbi; Fartura; Guapiara; Guarapiranga; Guararema; Guaratinguetá; Guareí; Guariroba; Guarujá; Holambra; Hortolândia; Ibiúna; Igaratá; Iguape; Ilha Comprida; Ilha Diana; Ilhabela; Indaiatuba; Iperó; Ipeúna; Iporanga; Iracemápolis; Itaberá; Itanhaém; Itaóca; Itapetininga; Itapeúna; Itapeva; Itapira; Itaporanga; Itararé; Itariri; Itatiba; Itirapina; Itobi; Itu; Itupeva; Jacaré; Jacareí; Jacuba; Jacupiranga; Jaguariúna; Jambeiro; Jarinu; Joanópolis; Jordanésia; Jumirim; Jundiaí; Juquiá; Lagoinha; Laranjal Paulista; Lavrinhas; Leme; Limeira; Lindóia; Lorena; Louveira; Mailasqui; Mairinque; Manduri; Maresias; Maristela; Miracatu; Mococa; Mogi das Cruzes; Mogi Guaçu; Mogi Mirim; Mombuca; Mongaguá; Monte Alegre do Sul; Monte Cabrão; Monte Mor; Monteiro Lobato; Morungaba; Natividade da Serra; Nazaré Paulista; Nossa Senhora do Remédio; Nova Campina; Nova Odessa; Paraibuna; Paraisolândia; Pariquera-Açu; Paruru; Paulínia; Pedra Bela; Pedreira; Pedro Barros; Pedro de Toledo; Pereiras; Peruíbe; Piedade; Pilar do Sul; Pindamonhangaba; Pinhalzinho; Pinheiros; Piquete; Piracaia; Piracicaba; Piraju; Pirassununga; Polvilho; Porangaba; Porto Feliz; Porto Ferreira; Potim; Praia Grande; Primavera; Quadra; Queluz; Rafard; Redenção da

Serra; Registro; Ribeirão Branco; Ribeirão Grande; Rio Claro; Rio das Pedras; Roseira; Saltinho; Salto; Salto de Pirapora; Santa Bárbara d'Oeste; Santa Branca; Santa Cruz da Conceição; Santa Cruz das Palmeiras; Santa Gertrudes; Santa Maria da Serra; Santo Antônio de Posse; Santo Antônio do Jardim; Santo Antônio do Pinhal; Santos; São Bento do Sapucaí; São Francisco da Praia; São Francisco Xavier; São João da Boa Vista; São João Novo; São José do Barreiro; São José do Rio Pardo; São Roque; São Sebastião; São Sebastião da Grama; São José dos Campos; São Luiz do Paraitinga; São Miguel Arcanjo; São Pedro; São Vicente; Sarapuí; Serra Negra; Sete Barras; Silveiras; Socorro; Sorocaba; Sumaré; Taguaí; Tambaú; Tapiraí; Tapiratiba; Taquarituba; Taquarivaí; Tatuí; Taubaté; Tejupá; Tietê; Torre de Pedra; Tremembé; Tuiuti; Turiba do Sul; Ubatuba; Valinhos; Vargem; Vargem Grande do Sul; Várzea Paulista; Vinhedo e Votorantim.

São Paulo Interior 2:

Estado de São Paulo, exceto municípios constantes na tabela São Paulo Capital e São Paulo Interior 1.

Goiás:

Abrange todos os municípios do estado de Goiás, exceto: Novo Gama; Pedregal; Abadiânia; Água Fria de Goiás; Águas Lindas de Goiás; Alexânia; Cidade Ocidental; Cocalzinho de Goiás; Corumbá; Cristalina; Formosa; Luziânia; Mimoso de Goiás; Padre Bernardo; Jardim do Ingá; Planaltina; Santo Antônio do Descoberto; Valparaíso de Goiás e Pirenópolis.

Norte:

Fazem parte da região tarifária Norte todos os municípios dos seguintes estados: Acre, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima.

Nordeste:

Fazem parte da região tarifária Nordeste os seguintes estados: Ceará, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte.

Planos de saúde de abrangência nacional

Efetivo

O Efetivo tem características regionais e conta com uma rede de prestadores com qualidade reconhecida pensada especialmente para quem vive e trabalha em cada localidade.

O plano possui o melhor custo-benefício e ainda conta com a vantagem de uma rede nacional.

Efetivo Plus

Alternativa com ainda mais opções de atendimento em todo o Brasil. O plano possui os benefícios de ser Bradesco Saúde como acesso facilitado a psicólogos pelo app, telemedicina 24 horas por dia e Clube+Saúde – nossa vitrine de descontos e cashback de produtos e serviços de saúde e bem-estar. Além disso, conta com opções de contratação com e sem coparticipação, o que pode deixar o plano ainda mais econômico.

Flex

Como o próprio nome sugere, a flexibilidade do plano se reflete na distribuição da rede de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios que oferecem um atendimento com mais comodidade a beneficiários de todo o Brasil.

Ideal

Feito sob medida para os clientes dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo e também do Distrito Federal, o plano oferece os benefícios de uma rede de abrangência nacional, com diversas opções de prestadores de qualidade em todas as regiões.

Nacional

Oferece uma robusta rede referenciada de atendimento composta por médicos, clínicas, hospitais e laboratórios em todo o Brasil. Comodidade e liberdade de escolha para o beneficiário.

Nacional Plus

O plano oferece atendimento nos principais hospitais de excelência em todo o país, somado ao conforto de serviços do Bradesco Saúde Concierge* para beneficiários residentes nas cidades de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG) e Salvador (BA).

Disponibiliza aos clientes opções diferenciadas de padrão de reembolso de atendimentos realizados no Brasil e no exterior.

*Os serviços do Bradesco Saúde Concierge são válidos enquanto vigorarem os contratos ou acordos com as empresas que os operam.

Premium

bradesco saúde Concierge

O plano mais completo da Bradesco Saúde disponibiliza serviços e coberturas exclusivos e o conforto do Bradesco Saúde Concierge com abrangência ampliada para todo o Brasil. Além de uma rede composta pelos principais hospitais de excelência do país, há também opções diferenciadas de múltiplos de reembolso para atendimentos, inclusive no exterior, compatíveis com os perfis de clientes mais exigentes.

Confira as coberturas exclusivas do plano:

- *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 (correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo), independente do grau de refração;
- Escleroterapia (tratamento de pequenos vasos pela técnica convencional de aplicação), sem limite de sessões;
- Despesas do acompanhante do paciente internado, sem limite de idade.

*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), Brasília (DF) e Goiânia (GO), enquanto vigorarem os contratos e os acordos com as empresas que os operam.

Planos de saúde de abrangência regional

Regional Goiás

Pensado para oferecer um cuidado regionalizado com a qualidade que só a Bradesco Saúde tem, o plano Regional está disponível em municípios[1] do estado de Goiás, conta com Seguro Viagem Bradesco com cobertura de até 60 mil reais de despesas médicas em viagens nacionais com até 4 acionamentos por ano, coparticipação e benefícios como telemedicina 24h por dia e acesso facilitado a psicólogos com atendimento on-line.

Rio+ e São Paulo+

Com presença regional, os planos oferecem uma rede de abrangência em 43 municípios[2] nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, contando com hospitais de referência. Há, ainda, uma central de agendamento exclusiva de consultas e de exames.

[1]Abadia de Goiás, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Corumbá de Goiás, Goianápolis, Goiânia, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Leopoldo de Bulhões, Nerópolis, Nova Veneza, Pirenópolis, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo, Terezópolis de Goiás, Trindade.
[2]Rio de Janeiro: capital | Região Metropolitana: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, São Gonçalo e São João do Meriti. São Paulo: capital | Região Metropolitana: Arujá, Barueri, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Ferraz de Vasconcelos, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itaquaquecetuba, Jandira, Mairiporã, Osasco, Poá, Santana de Parnaíba, Suzano e Taboão da Serra | Região do ABC: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul | Baixada Santista: Guarujá e Santos.

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.

A verificação prévia de cobertura para o procedimento solicitado será realizada conforme os prazos estabelecidos pela regulamentação atual.

Reembolso

A rede referenciada dos planos Bradesco Saúde conta com diversas opções de atendimento, com a qualidade que você já conhece. Mas, caso seja necessário realizar procedimentos oferecidos por prestadores que não façam parte da rede, existem duas modalidades de reembolso comercializadas:

Reembolso Específico, que cobre:

- **Consultas médicas:** os atendimentos considerados para reembolso nessa categoria são aqueles realizados por um médico com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM).
- **Honorários médicos de paciente internado:** valor pago pelo serviço de profissionais de saúde, como: cirurgião, assistentes, instrumentadores e anestesistas que não são da rede referenciada.

Lembre-se: para que o pedido de reembolso de consultas médicas ou honorários médicos seja analisado, o procedimento deverá ser coberto pelo plano contratado. Adicionalmente, para solicitar reembolso de honorários médicos de paciente internado, o procedimento deve ser autorizado previamente (liberação de senha) e realizado em prestador da rede referenciada da Bradesco Saúde.

O reembolso de consultas médicas e honorários médicos de paciente internado será realizado conforme a Tabela de Honorários e Serviços Médicos (THSM).

Importante conferir os limites e as condições contratuais, além das regiões com comercialização habilitada para esse modelo.

Planos contemplados nessa modalidade: Rio+ e São Paulo+, Regional Goiás, Efetivo, Efetivo Plus, Flex, Ideal e Nacional.

ATENÇÃO!

Nacional Plus e Premium **não** possuem modelo de reembolso específico.

E a de Reembolso Completo, que contempla:

- **Todos os procedimentos cobertos pelo plano contratado, de acordo com a segmentação assistencial, como, por exemplo:** consultas, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais e internações, quando realizados fora da rede referenciada, conforme os limites estabelecidos nos documentos contratuais firmados entre a empresa e a Bradesco Saúde.

Planos disponíveis nessa modalidade: Rio+ e São Paulo+, Efetivo, Efetivo Plus, Flex, Ideal, Nacional, Nacional Plus e Premium.

No segmento SPG - destinado a grupos de 3 a 199 pessoas -, a contratação de plano com a modalidade de reembolso específico está condicionada à origem do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da empresa contratante. Já a modalidade de reembolso completo é aplicável às empresas contratantes que não se enquadram nos critérios de contratação do reembolso específico.

IMPORTANTE!

Além do Reembolso Específico - a nova modalidade de reembolso da Bradesco Saúde -, processos de venda criados a partir da data de lançamento da novidade possuem novos múltiplos de reembolso e alterações nas coberturas extra rol para os planos do segmento SPG.

Confira os múltiplos atualizados na seção "Tabelas de Planos" neste manual. E as coberturas extra rol, na seção "Diferenciais da Bradesco Saúde", também neste manual.

A Bradesco Saúde fará a análise técnica e o processamento do reembolso, conforme as coberturas e os limites contratuais do plano, 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.

Para que o beneficiário tenha direito ao reembolso, ele deve pagar antecipadamente pelo procedimento.

Para saber mais sobre as modalidades de reembolso, clique aqui.

Tabelas de Planos

Considerando a modalidade de reembolso específico:

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		
NACIONAL	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	TN3W	Quarto	3	N/A	2	N/A	Nacional III	N/A
			TN3B	Quarto	2	N/A	1,5	N/A		N/A
			TN3P	Quarto	1	N/A	1	N/A		N/A
			TREN	Enfermaria	1	N/A	1	N/A	Nacional II	N/A
IDEAL			TQRI	Quarto	1	N/A	1	N/A	Ideal I	N/A
			TERI	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A
FLEX			FCQR	Quarto	1	N/A	1	N/A	Nacional Flex	N/A
			FCER	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A
EFETIVO PLUS			TNST	Quarto	1	N/A	1	N/A	Efetivo Plus I	N/A
			TNSM	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A
EFETIVO			TRWQ	Quarto	1	N/A	1	N/A	Efetivo IV	N/A
			TRWE	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A
REGIONAL GOIÁS	Grupo de Municípios		TR1G	Quarto	1	N/A	1	N/A	Regional GO I	N/A
			TR2G	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A
RIO+ E SÃO PAULO+	Grupo de Municípios		TNMQ	Quarto	1	N/A	1	N/A	Saúde 1+	N/A
			TNME	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A
NACIONAL	Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	HN3J	Quarto	1	N/A	1	N/A	Nacional III	N/A
			HNRE	Enfermaria	1	N/A	1	N/A	Nacional II	N/A

N/A = Não se aplica.
*Para os planos que possuem segmentação hospitalar com obstetrícia, os múltiplos de reembolso para eventos em regime ambulatorial são aplicáveis aos procedimentos que possuem a cobertura especificada nas Condições Gerais. O documento pode ser acessado na aba: **Saúde > Apoio à Venda > Condições Gerais, no seu Portal de Negócios**.

Clique aqui para acessar o Portal.

Considerando a modalidade de reembolso completo:

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		
PREMIUM	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	TCNX	Quarto	10	10	15	10	Premium	1,4
			TCN8	Quarto	8	8	14	8		1,4
			TCN6	Quarto	6	6	12	6		1,4
NACIONAL PLUS			TPN8	Quarto	8	6	8	8	Nacional Plus	1,4
			TPN6	Quarto	6	5	6	6		1,4
			TPN4	Quarto	4	4	4	4		1,4
			TN3T	Quarto	3	1,5	2	1,5	Nacional III	1
			TN3I	Quarto	2	1	1,5	1		1
			TN3Z	Quarto	1	1	1	1		1
			TNEN	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional II	1
NACIONAL			TN2I	Quarto	1	1	1	1	Ideal I	1
			TN1I	Enfermaria	1	1	1	1		1
IDEAL			FQCX	Quarto	1	1	1	1	Nacional Flex	1
			FECX	Enfermaria	1	1	1	1		1
FLEX			TNQW	Quarto	1	1	1	1	Efetivo IV	1
			TNEW	Enfermaria	1	1	1	1		1
EFETIVO			TQNM	Quarto	1	1	1	1	Saúde 1+	1
RIO+ e SÃO PAULO+	Grupo de Municípios		TENM	Enfermaria	1	1	1	1		1
NACIONAL PLUS	Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	HPN4	Quarto	4	3	4	4	Nacional Plus	1,4
			HPN6	Quarto	6	5	6	6		1,4
			HPN8	Quarto	8	6	8	8		1,4
NACIONAL			HN3U	Quarto	1	1	1	1	Nacional III	1
			HNNE	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional II	1

*Para os planos que possuem segmentação hospitalar com obstetrícia, os múltiplos de reembolso para eventos em regime ambulatorial são aplicáveis aos procedimentos que possuem a cobertura especificada nas Condições Gerais. O documento pode ser acessado na aba **Saúde > Apoio à Venda > Condições Gerais, no seu Portal de Negócios**.

Clique aqui para acessar o Portal.

Clique aqui para consultar a documentação necessária para solicitações de reembolso.

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 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.

Lembre-se: o reembolso é autorizado após recebimento e aprovação da documentação necessária que comprova as despesas médicas e será realizado de acordo com as coberturas e limites definidos em contrato.

ALERTA!

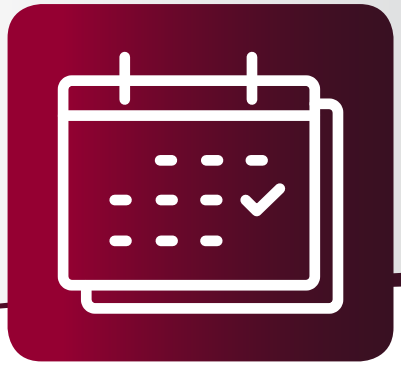
Os valores fornecidos por telefone ou pelo aplicativo Bradecso Seguros estão sujeitos a alterações quando da análise técnica dos documentos, pois é com base neles que a operadora verifica o tratamento efetivamente realizado.

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.



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).

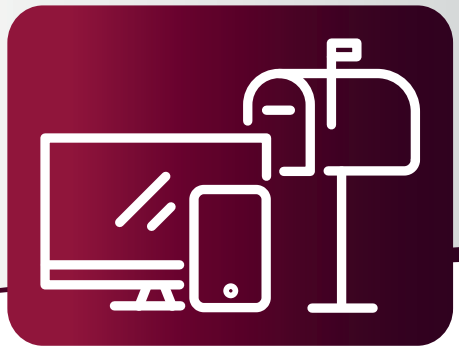
O prazo para pagamento de reembolso começará a contar a partir do momento do envio de toda a documentação necessária.

A Bradesco Saúde oferece um canal para solicitação 100% digital do reembolso:

- **Aplicativo Bradesco Saúde**
  Serviços de Reembolso > Solicitar Reembolso > forneça as informações solicitadas.

Além disso, para os casos de reembolso com moeda do exterior ou DPR (diária de perda de renda), o beneficiário pode solicitar por meio da:

- **Caixa Postal, 124 - CEP: 20010-974.**



Carência

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do beneficiário no plano de saúde, em que ele não poderá usufruir das coberturas garantidas pelo plano até que sejam cumpridos os prazos previstos em contrato.

Para contratos a partir de 30 pessoas, haverá isenção de carências para as inclusões realizadas em até 30 dias da data de vigência do contrato ou da elegibilidade do beneficiário. Fora desse prazo, o beneficiário cumprirá carências integrais.

Além disso, para contratos com menos de 30 pessoas, não haverá isenção/redução de carência para os seguintes procedimentos: terapias, bariátrica, transplantes e hemodiálise.

Redução de carências para beneficiários oriundos de empresas congêneres

Beneficiários vindos de planos de empresas congêneres (veja listagem adiante) poderão ter 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 (congênere) 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 que deverá ser de, no mínimo, 6 (seis) meses consecutivos.

Empresas congêneres:

- Amil (incluindo as linhas Lincx e One Health);
- Allianz;
- Caixa Seguros,
- Care Plus;
- Cassi Família;
- Mediservice;
- NotreDame Intermédica - GNDI;
- Omint;
- Paraná Clínicas;
- Porto Seguro;
- SulAmérica;
- Unimed.

Confira os prazos de carências SPG:

Válidos para processos criados no sistema Emissão Expressa SPG a partir do dia 15 de dezembro de 2023.

PROCEDIMENTOS	N.º de vidas	Prazo de carência a partir de 15/12	
		Sem congênere	Com congênere
Consultas	3-9	15 dias	Isento
	10-20		
	21-29	Isento	
Exames tipo A, assim definidos na tabela de referência, que é parte integrante do contrato	3-9	15 dias	Isento
	10-20		
	21-29	Isento	
Exames tipo B, assim definidos na tabela de referência, que é parte integrante do contrato	3-9	180 dias	Isento
	10-20	60 dias	
	21-29	Isento	
Internações clínicas	3-9	180 dias	Isento
	10-20	Isento	
	21-29		
Internações psiquiátricas	3-9	180 dias	120 dias
	10-20		
	21-29		
Cirurgias em geral	3-9	180 dias	Isento
	10-20		
	21-29	Isento	
Cirurgia bariátrica com DUT[1]	3-9	180 dias	180 dias
	10-20		
	21-29		
Hemodiálise e diálise peritoneal, radioterapia, quimioterapia e terapia com imunobiológico com DUT[1]	3-9	180 dias	180 dias
	10-20		
	21-29		
Parto de Termo	3-9	300 dias	300 dias
	10-20		
	21-29		Isento
Transplantes	3-9	180 dias	180 dias
	10-20		
	21-29		
Terapias	3-9	180 dias	180 dias
	10-20		
	21-29	90 dias	90 dias

Os procedimento/eventos não citados nessa tabela permanecem com os prazos de carências previstos na Cláusula "Carências" das Condições Gerais[2], sendo: 24 horas para urgência e emergência e 180 dias para os demais casos.

[1]DUT –Diretriz de Utilização estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
[2]As Condições Gerais estão disponíveis no seu Portal de Negócios: Painel Saúde > Apoio à Venda > Materiais de Apoio > Condições Gerais.

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Se, na avaliação da Declaração de Saúde ou do Exame Médico para Avaliação de Risco, for identificada alguma patologia ou lesão de que o possível beneficiário - titular ou dependente - seja portador, a Bradesco Saúde 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 elegibilidade do beneficiário.

Lembre-se: a Cobertura Parcial Temporária (CPT) será aplicada para casos de doenças ou lesões preexistentes independentemente de haver redução/ isenção de carências.

Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

Apresentamos, a seguir, a lista de documentos que devem ser encaminhados para a Bradesco 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).
  - Aceitação de proponentes, exclusivamente cartórios e produtores rurais, com Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física (CAEPF) com *status* "ativo" e registro da matrícula no CAEPF, vigente há, no mínimo, 6 (seis) meses.

    No caso de cartório, será exigido o envio do CNPJ adicionalmente.
- 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 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, filho(a) e irmão, 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 com poderes de gestão, diretores e administradores - 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.

Empresas

Empresas/Grupo econômico

DOCUMENTAÇÃO (CONTINUAÇÃO)

- 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, também serão exigidos os documentos acima, no que couber. Adicionalmente, deverão ser enviados:
  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 de Atividade Econômica da Pessoa Física (CAEPF);**

-Cartório

a) Cartão do CAEPF (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.

- Produtor rural

a) Cartão do CAEPF (atualizado) emitido pelo *site* da Receita Federal;
b) Declaração de autenticidade assinada e com firma reconhecida em cartório, no momento da implantação (o modelo da declaração deve ser solicitado à seguradora);
c) Comprovante do efetivo exercício da atividade empresarial, como, por exemplo, o comprovante de Inscrição e Situação Cadastral, emitido pela Secretaria da Fazenda.

Empresas

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 últimas notas fiscais. Para os casos em que a prestação de serviço for inferior a 3 (três) meses, deverá ser apresentada a quantidade de notas fiscais proporcional ao tempo de início de prestação estabelecido entre as partes;
- 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;
- Proponentes na condição de contrato intermitente, adicionalmente:
  a) Comprovação por meio da CTPS;
  b) Cópia do contrato de trabalho com firma reconhecida em cartório.

Congêneres

CONDIÇÕES

- São consideradas empresas congêneres: Amil (incluindo as linhas Lincx e One Health); Allianz; Caixa Seguros; Care Plus; Cassi Família; Mediservice; NotreDame Intermédica - GNDI; Omint; Porto Seguro; Paraná Clínicas; 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 (congênere) e o plano de destino.**

Não haverá aproveitamento de carências:

- Nos casos de beneficiários oriundos de planos enfermaria 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 congênere;
- Para cobertura de parto;
- Para doenças ou lesões preexistentes;
- Para proponentes EI - Empresário Individual, inclusive aqueles com CAEPF (Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física).

DOCUMENTAÇÃO

- Carta de permanência no plano, contendo a data do efetivo cancelamento do beneficiário, assinada pela congênere. 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.

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Empregados, inclusive diretores

CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

DOCUMENTAÇÃO

- Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) digital;
- Ficha de inclusão*.

Sócios com poderes de gestão e administradores

DOCUMENTAÇÃO

- Contrato Social ou Ata ou Escritura;
- Ficha de inclusão*.

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*.

Menor aprendiz

CONDIÇÕES

Entre 14 e 24 anos de idade.

DOCUMENTAÇÃO

- Constar no FGTS com a categoria 07;
- Ficha de inclusão*.

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Expatriado/Estrangeiro

CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

DOCUMENTAÇÃO

Documentos descritos nos itens "Empregados, inclusive Diretores" e "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*.

Demitidos e aposentados

CONDIÇÕES

Somente com extensão de benefício legal, concedido pela empresa.

DOCUMENTAÇÃO

Implantação do contrato

- Documento de concessão de aposentadoria emitido pelo INSS (somente para aposentados);
- Documento da operadora anterior que identifique a sua participação na condição de demitido ou aposentado (ex.: Fatura Técnica da Congênere) 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 "8300-044E", 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;
- Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente, disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários);

  a) havendo beneficiários contributários, adicionalmente, deverá ser enviado formulário com numeração "0628A", disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários).

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Afastado

CONDIÇÕES

Devem fazer parte do plano.

DOCUMENTAÇÃO

- Comprovante de vínculo empregatício;
- Documento de concessão do benefício pelo INSS;
- Ficha de inclusão*.

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 (naturais, adotivos ou enteados), de qualquer idade, quando incapacitados para o trabalho e desde que elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular.

DOCUMENTAÇÃO

- **Cônjuge:** Certidão de Casamento;
- **Companheiro(a):** declaração, em cartório, de união estável ou comprovante de endereço em comum e carta do proponente titular com firma reconhecida em cartório (o modelo do documento deve ser solicitado à operadora), pedindo 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 (naturais, adotivos ou enteados), de qualquer idade, quando incapacitados para o trabalho:** cópia do Imposto de Renda e Laudo Médico informando que o dependente é inválido para exercer atividade laboral;
- Ficha de inclusão*.

*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

Meu Doutor

Seleção de médicos que disponibiliza profissionais que podem acompanhar o beneficiário durante a vida e orientá-lo de forma personalizada e segura, caso precise de uma referência. Os atendimentos são recomendados por mais de 90% das pessoas que já utilizaram o programa e são realizados pensando sempre em oferecer o melhor cuidado possível com o plano Bradesco Saúde.

Por que fazer uma consulta com um médico selecionado pelo programa Meu Doutor?

- Agenda do médico com menor tempo de espera para marcação de consultas presenciais;
- O agendamento pode ser feito *on-line*, 24 horas por dia, sete dias por semana;
- Os médicos do programa têm acesso a registros clínicos das consultas, resultados de exames, diagnósticos e outras informações importantes. Assim fica mais fácil conhecer o paciente, por meio do seu histórico de saúde;
- O Meu Doutor conta com médicos em mais de dez especialidades, como cardiologia, pediatria, clínica médica, endocrinologia e ortopedia.

Saiba mais sobre o Meu Doutor aqui.

Cobertura para Remissão

Em caso de falecimento do titular, a remissão prevê gratuidade no pagamento de mensalidades dos dependentes elegíveis* pelo período de um ano**.

A remissão está disponível para os planos **Premium**, **Nacional Plus**, **Nacional** e **Ideal**.

*Cônjuge ou companheiro(a); filhos solteiros (verifique a idade limite para fins de remissão e de cobertura nas Condições Gerais do plano/contrato); e os de qualquer idade, quando incapacitados para o trabalho, que sejam comprovadamente elegíveis, para efeito da declaração do Imposto de Renda do segurado titular. Os beneficiários dependentes elegíveis devem estar incluídos no plano antes da data de óbito do segurado titular. Verifique as condições de elegibilidade para fins de remissão e de cobertura nas Condições Gerais do plano/contrato.
**Informação referente a cotações feitas desde 01/11/2024.

Ferramentas de Gestão

Sistema Movimentação Expressa - MOVE

A empresa tem acesso a informações e relatórios feitos sob medida para o gerenciamento do plano contratado, além de movimentação cadastral ágil e fácil.

Disponível para empresas com até 199 pessoas.

Sistema de Informações Gerenciais - SIGE*

Disponibiliza relatórios 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, entre outras informações. O SIGE está disponível para a empresa que possua, no mínimo, 100 pessoas.

*Disponível exclusivamente para médicos e mediante assinatura de termo de sigilo médico.

Documentos Digitais sobre o Plano de Saúde

Em busca de uma solução moderna, dinâmica e sustentável, o Manual do Beneficiário e a Lista de Referência, até então impressos, podem ser acessados no formato digital e estão disponíveis na área exclusiva do beneficiário no *site* **bradescosaude.com.br**.

Os documentos digitais têm como vantagens:

- Conteúdo sempre atualizado e disponível em um único local, facilitando o acesso do beneficiário às informações;
- E a redução da quantidade de impressões, o que contribui para um planeta mais sustentável.

Clube+Saúde

Quem é beneficiário Bradesco Saúde pode contar com o Clube+Saúde, que proporciona descontos, benefícios e outras oportunidades direcionadas à saúde e ao bem-estar em todo o Brasil, como descontos em farmácias, academias e refeições saudáveis.

Para ter acesso aos descontos, basta ser beneficiário da Bradesco Saúde e se cadastrar no *site*: **clubemais.bradescosaude.com.br**.

Não é necessário acumular pontos para participar.

Autorização de Procedimentos Médicos

Permite ao beneficiário acompanhar, pela área exclusiva do *site* **bradescosaude.com.br** ou pelo **aplicativo Bradesco Saúde**, os pedidos de autorização para os procedimentos médico-hospitalares que necessitam de verificação prévia de cobertura.

A funcionalidade está 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.

Opção de Contratação de Plano Odontológico

Em caso de contratação do Bradesco Dental* simultaneamente ao plano Bradesco Saúde, há uma série de vantagens, como custos competitivos, movimentação cadastral integrada e uma única carteirinha para os dois planos.

*A marca Bradesco Dental faz parte do Grupo Odontoprev, empresa líder no mercado brasileiro de planos odontológicos.

Bradesco Saúde Concierge

O Bradesco Saúde Concierge oferece serviços diferenciados, disponíveis para clientes muito especiais e exclusivamente concebidos para proporcionar cuidado na hora em que mais precisam.

Entre os serviços exclusivos, os beneficiários Bradesco Saúde Concierge podem contar também com o aplicativo e a central de relacionamento.

Confira os serviços Bradesco Saúde Concierge:

- Vacinas do Viajante*;
- Seguro Viagem Bradesco;
- Lista de Referências Médicas - Profissionais Renomados e Particulares*;
- Segunda Opinião Médica Internacional;
- Coleta de Exames*;
- *Welcome Baby**;
- Saúde em Equilíbrio - Orientação Nutricional e Esportiva;
- Marcação de Exames Especiais;
- Importação de Medicamentos
- Coleta de Documentos para Reembolso*;
- Central de Suporte à Obtenção de Vagas;
- *Welcome Home**;
- Salas VIP Bradesco Saúde Concierge nos principais hospitais do país.

Para saber mais, acesse **bradescosaudeconcierge.com.br**.

*Serviços exclusivos dentro da área de abrangência do Concierge: algumas cidades do Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Belo Horizonte (MG) e Salvador (BA). Demais serviços, abrangência nacional.

bradesco saúde Concierge

Seguro Viagem Bradesco

Mais proteção e tranquilidade nas viagens de trabalho e de lazer, além do conforto de um pacote com mais de 15 benefícios, com destaque para:

• Cobertura de despesas médicas e hospitalares de até 50 mil euros para viagens a países signatários do Tratado de Schengen[1] e de até 20 mil dólares para demais países, para os planos Premium e Nacional Plus.

• Para o plano Nacional, há cobertura[2] de despesas médicas e hospitalares de até 30 mil euros para viagens a países signatários do Tratado de Schengen[1] e de até 10 mil dólares para viagens aos demais países.

• Já para o plano Regional Goiás, há cobertura de despesas médicas e hospitalares de até 60 mil reais para viagens nacionais.

[1] Consulte os países signatários do Tratado de Schengen aqui. [hiperlink: https://www.bradescoseguros.com.br/clientes/produtos/plano-saude/beneficios-bradesco-saude/seguro-viagem]

[2] Cobertura válida para plano Nacional contratado a partir de 01/07/2022.

Coberturas Extra Rol

A Bradesco Saúde oferece transplantes de coração, pulmão e pâncreas, procedimentos que não são cobertos pelo rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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

Além disso, para o plano **Premium**, há *check-up* anual, consulta e fisioterapia domiciliar, cirurgia refrativa, escleroterapia e despesas do acompanhante do paciente internado.

Canais Importantes

Central de Atendimento SPG

Estrutura de pós-venda para suporte aos corretores e contratantes SPG.

- **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**

Atendimento acessível em libras

Canal exclusivo com atendimento por videochamada para apoiar pessoas com deficiência auditiva e na fala. Por lá, é possível tirar dúvidas, enviar elogios e sugestões, pedir o cancelamento de produtos ou serviços e registrar reclamações.

• O horário de atendimento é de segunda a sexta, das 8h às 20h, exceto feriados.

Clique aqui para iniciar uma chamada

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 em que os gestores podem obter informações relacionadas ao plano contratado e acessar serviços que trarão mais comodidade para o seu dia a dia, como:

- Segunda via de boleto de pagamento;
- Busca de sucursais;
- Busca de rede referenciada;
- Extratos de coparticipação e Imposto de Renda do beneficiário e muito mais!

Portal Bradesco Seguros para Beneficiários (Área do Beneficiário)

Canal exclusivo em que o beneficiário pode consultar informações relacionadas ao plano contratado e acessar serviços que trarão mais comodidade para o seu dia a dia, como:

- Busca de rede referenciada;
- *Status* dos pedidos de senha para procedimentos médico-hospitalares que necessitam de verificação prévia de cobertura;
- Extratos de utilização, coparticipação e Imposto de Renda e muito mais!

Portal Bradesco Seguros para Corretores (Portal de Negócios)

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

- Cadastro de produtores;
- Canal de Atendimento ao Corretor (CAC);
- Emissão Expressa SPG;
- Informações sobre planos;
- Listas de Rede por Linha de Planos;
- Materiais de apoio;
- Movimentação Expressa SPG (MOVE).

Sobre a Bradesco Dental

Com a abrangência nacional, solidez e segurança de uma empresa do Grupo Odontoprev, líder do mercado de planos odontológicos no Brasil com mais de 7 milhões de beneficiários, a Bradesco Dental atua há anos levando saúde bucal para milhares de pessoas. Para isso, contamos com uma rede de cerca de 27 mil cirurgiões-dentistas credenciados altamente capacitados, munidos de práticas éticas e técnicas avançadas, espalhados pelo país.

E disponibiliza tanto ao segmento corporativo como ao massificado um amplo conjunto de soluções, como:

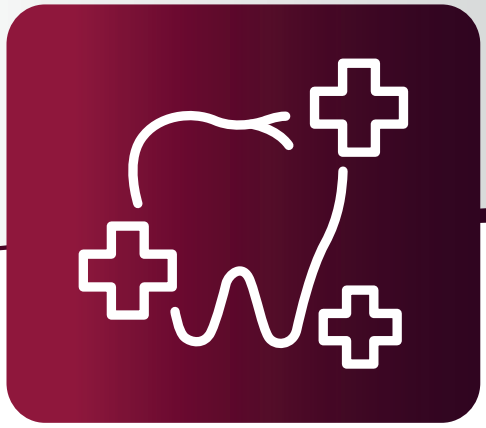
- ✓ Bradesco Dental Empresarial - para empresas com mais de 200 pessoas.
- ✓ Bradesco Dental SPG - para empresas com até 199 pessoas.
- ✓ Bradesco Dental Ideal - para pessoa física nas modalidades mensal ou anual.

bradesco dental

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia, no Brasil, o setor odontológico conquista a quarta posição no mercado de higiene bucal em todo o mundo.

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

- ✓ **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 inserção 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:

Emissão Expressa SPG

Condições gerais
- Bradesco Dental SPG

Movimentação Expressa SPG

Cobertura do produto SPG

Demais serviços
- Cartões virtuais

Apoio à venda
- Propostas
- Manuais dos produtos
- Folheteria

Informações
- Normas editadas pela ANS para planos coletivos
- Rol de procedimentos
- Vantagens para o beneficiário
- Rede credenciada Bradesco Dental

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

Pós-venda Bradesco Dental SPG

Disponibilizamos uma estrutura de atendimento tanto à empresa como a seus colaboradores.

Para a Área de Recursos Humanos

Núcleo de atendimento disponível para esclarecer as dúvidas, de forma personalizada, sempre atento aos detalhes e às 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 (para aqueles beneficiários que possuíam primeira via física);
- 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.

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.

Para o Corretor

O atendimento em relação às dúvidas do plano pode ser realizado por meio dos *e-mails*:

- **operacional15@bradescodental.com.br** - 30 a 99 vidas;
- **operacional20@bradescodental.com.br** - 100 a 199 vidas;
- **atendimentoVI@bradescodental.com.br** - 3 a 29 vidas.

Planos

Exclusivo — Compulsório/Opcional

Padrão Doc	**Faixa 1** 03 a 29 vidas	**Faixa 2** 30 a 99 vidas	**Faixa 3** 100 a 199 vidas
Premium Top 1	**Faixa 1** 03 a 29 vidas	**Faixa 2** 30 a 99 vidas	**Faixa 3** 100 a 199 vidas
Premium Top 3	**Faixa 2** 30 a 99 vidas	**Faixa 3** 100 a 199 vidas	
Premium Top 4	**Faixa 2** 30 a 99 vidas	**Faixa 3** 100 a 199 vidas	
Premium Top Mais	**Faixa 3** 100 a 199 vidas		

Conjugado

Padrão Doc	**Faixa 1** 03 a 29 vidas	**Faixa 2** 30 a 99 vidas	**Faixa 3** 100 a 199 vidas
Premium Top 1			
Premium Top 3			
Premium Top 4			
Premium Top Mais			

PADRÃO DOC — Possui 211 eventos cobertos.

PADRÃO DOC MEI: — Possui reembolso exclusivo de 1 (uma) vez o valor da tabela de reembolso.

PREMIUM TOP: — Possui 298 eventos cobertos.

Possibilita a contratação de diferentes níveis de reembolso de acordo com a necessidade da empresa: 1, 3 e 4 vezes o valor da tabela de reembolso.

PREMIUM TOP MAIS: — 300 procedimentos no total.

Possui reembolso exclusivo de 5 vezes o valor da tabela de reembolso.

Principais Coberturas dos Planos Padrão Doc e Padrão Doc MEI

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.

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 3º 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.

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.

Principais Coberturas do Plano Premium Top

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.

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 fóssulas 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.

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.

Principais Coberturas do Plano Premium Top Mais

- Coberturas do Premium Top;
- Clareamento em gel;
- Tomografia computadorizada.

Abrangência

O plano tem abrangência nacional com rede credenciada 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, Premium Top ou Premium Top Mais).

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 (naturais, adotivos ou enteados), de qualquer idade, quando incapacitados para o trabalho e desde que 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.

ALERTA!

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

A Rede UNNA é a marca que representa a rede credenciada formada por cirurgiões-dentistas que atenderão aos beneficiários dos planos Bradesco Dental. Essa rede garante atualmente o atendimento a mais de 7 milhões de beneficiários dos mais diversos planos e marcas do grupo, utilizando um único modelo operacional.

A Rede UNNA possui uma ampla rede credenciada 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 credenciados e mais de 2,5 mil cidades atendidas.

Princípios da Rede UNNA

- Aproximar a odontologia de qualidade da sociedade;
- Inovação em processos e práticas para facilitar o dia a dia dos cirurgiões-dentistas;
- Levar sempre a melhor experiência para os nossos beneficiários;
- Transparência e práticas éticas com cirurgiões-dentistas credenciados e beneficiários;
- Adoção de práticas e políticas de sustentabilidade para reduzir os impactos ambientais gerados pelos nossos processos.

Vantagens para os Beneficiários

- **Balanceamento da rede credenciada:** oferecemos uma rede credenciada ampla e dimensionada de maneira equilibrada por todo o país.
- **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 possui ampla capilaridade por todo o Brasil. Estamos presentes em mais de 2,5 mil cidades em todas as regiões e em diferentes especialidades.

Indicação de Novos Dentistas

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

Caso exista a necessidade de indicação de cirurgião-dentista, temos disponível um canal para recepcionar 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), corretamente preenchido, para o *e-mail* **reembolsodental@bradescodental.com.br**.

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**.

ALERTA!

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.

ALERTA!

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.

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 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).

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.

3º Cartão CNPJ

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

4º 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 a data atual para validar mais 15 (quinze) dias.

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

Diferenciais da Bradesco Dental

Ampla Rede Credenciada

Mais de 27 mil profissionais cadastrados em mais de 2.500 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

Desconto Especial ao ser Contratado com o Plano de Saúde

Planos a partir de 3 Vidas

Estrutura Exclusiva de Atendimento

Carteirinha Única para Plano de Saúde e Plano Odontológico quando Contratados Juntos

Portal Bradesco Dental (Benefícios *On-line*)

Existem várias informações disponíveis para os beneficiários por meio do portal **bradescodental.com.br**:

- Consulta de rede credenciada;
- 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.

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 ajudá-lo:

CRC - Central de Relacionamento

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 (para aqueles beneficiários que possuíam primeira via física) e demais serviços relacionados ao plano).

- **0800 602 3332** (disponível 24h por dia, sete dias por semana)

Serviço de Atendimento ao Consumidor

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 planos e serviços comercializados.

- **0800 600 2894** (disponível 24h por dia, sete dias por semana)

SAC - Deficiente Auditivo ou de Fala

Serviço de atendimento especial, disponibilizado para atender aos deficientes auditivos e de fala, por meio de telefones dotados de teclado alfanumérico e visor.

- **0800 722 2191** (disponível 24h por dia, sete dias por semana)

Ouvidoria

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.

- **0800 722 2191** (atendimento em dias úteis, das 8 às 18 horas)

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 credenciada, reembolso, coberturas do plano, extrato de Imposto de Renda, entre outros benefícios para tornar sua vida mais simples.

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.

Este Manual está disponível também no **Portal de Negócios**.

bradesco saúde

Com Você. Sempre.

CRC - Central de Relacionamento:
4004 2700 (capitais e regiões metropolitanas)
0800 701 2700 (demais localidades)

SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

Ouvidoria: 0800 701 7000

Atendimento Acessível em Libras
Clique aqui.

bradescosaude.com.br
bradescoseguros.com.br/dental

Siga a Bradesco Saúde nas redes sociais:

CNPJ: 92.693.118/0001-60. Bradesco Saúde S/A. 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.

CNPJ: 58.119.199/0001-51. Operadora Odontoprev S/A. Os direitos, as coberturas e as obrigações encontram-se nas Condições Gerais do plano contratado. As informações contidas neste material são indicativas. Mais informações em bradescodental.com.br. Valor sujeito à alteração, sem aviso prévio. Lei n.º 12.741/12 sobre tributos incidentes. A alíquota aproximada dos tributos incidentes sobre a operação de planos odontológicos (PIS/COFINS/ISS) é de 3,91%.

Versão 11 - Novembro/2025

Odontoprev - CRO/SP n.º 2728
RT: J. M. Benozatti - CRO/SP n.º 19009

ANS - nº 301949

ANS - nº 005711