

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
• Tabela de Planos	26
• Prazos para Autorização de Procedimentos Médicos	27
• Reembolso	27
• Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)	41
• Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários	43
• Diferenciais da Bradesco Saúde	49
• Canais Importantes	54

DENTAL

• Sobre a Bradesco Dental	57
• Relacionamento Bradesco Dental - Corretor	59
• Pós-venda Bradesco Dental SPG	60
• Planos Bradesco Dental SPG	61
• Planos	61
• Abrangência	66
• Modalidade de Inclusão	66
• Formação do Preço	66
• Reajuste do Contrato	67
• Vigência e Renovação do Contrato	67
• Grupo Elegível	68
• Rede UNNA	69
• Solicitação de Estudo/Proposta	70
• Reembolso	70
• Carência	74
• Documentação Necessária para Implantação do Contrato	74
• Diferenciais da Bradesco Dental	76
• Canais Importantes	78

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 a serem observadas para o fechamento de novos negócios.

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

Atenciosamente,

Bradesco Saúde

Sobre a Bradesco Saúde

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

Sinônimo de **qualidade, credibilidade, solidez e segurança**, a Bradesco Saúde está presente em todo o território nacional, com planos criados para atender ao segmento empresarial 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 em todos os campos da medicina;
- ✓ Na valorização do sistema de atendimento, por meio de constantes investimentos em informatização e treinamento de pessoal especializado;
- ✓ Na tecnologia empregada em suas operações.

A Bradesco Saúde é controladora integral da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade 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.



Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor

Portal de Negócios

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

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

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

- | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|---------------------------|---|------------------------|
|  | Perfil de Clientes |  | Material de Apoio à Venda |  | Informe de Rendimentos |
|  | Novidades em Produtos e Serviços |  | Rede Referenciada |  | Emissão Expressa |
|  | Movimentação Expressa (MOVE) |  | Cadastro de Produtores | | |

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



Pós-venda por Intermédio da Central de Relacionamento

A Bradesco Saúde mantém uma estrutura de relacionamento, voltada para o suporte aos corretores e clientes, por intermédio de atendimento telefônico, com equipes destinadas a prestar atendimento à área de recursos humanos, proporcionando informações necessárias e auxiliando os gestores no acompanhamento dos processos que envolvam a utilização do plano de saúde, tais como:

- Segunda via de carnê de pagamento (exclusivamente para o contratante);
- Segunda via de cartão de identificação;
- Segunda via de contrato (exclusivamente para o contratante);
- Segunda via de lista de referência;
- Reanálise de reembolso.

4004 2761 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2761 (demais localidades)

Além desses serviços, a Central de Relacionamento SPG também oferece orientações para você em caso de dificuldades com pagamento de faturas, informações sobre reajustes, cadastro e liberação de acesso à ferramenta SIGE - Sistema de Informações Gerenciais* (contratos com 100 a 199 pessoas), alteração de dados bancários da empresa contratante, dentre outros.

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

Universeg

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

Bem informado, você conseguirá melhores resultados de vendas!

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

UNIVERSEG

Universo do Conhecimento Seguro



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

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

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

Disponível para todos os planos.



Hospitalar com Obstetrícia

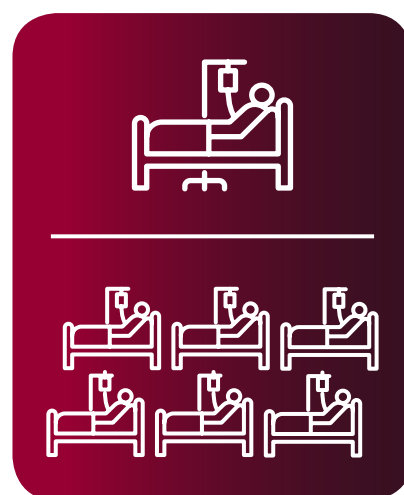
Planejado para atender, principalmente, aos eventos relacionados a grandes riscos do segmento hospitalar com obstetrícia. Garante a cobertura de despesas médicas e hospitalares relativas a internações clínicas ou cirúrgicas.

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 seguradora após a realização do procedimento pelo beneficiário.

A contratação de plano com coparticipação é opcional. 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

Planos	REGIONAL			NACIONAL				
	Rio+ e São Paulo+	Efetivo	Flex	Ideal		Nacional		Nacional Plus
	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Enfermaria e Quarto	Enfermaria	Quarto	Enfermaria	Quarto	Quarto
Consulta Eletiva	30,00	30,00	30,00	35,00	40,00	35,00	40,00	160,00
Procedimentos Seriados	30,00	30,00	30,00	35,00	40,00	35,00	40,00	160,00
Atendimento em pronto-socorro	90,00	90,00	90,00	105,00	120,00	105,00	120,00	320,00
Procedimentos Ambulatoriais	90,00	90,00	90,00	105,00	120,00	105,00	120,00	320,00
Exames Simples - Exames Tipo A	45,00	45,00	45,00	52,50	60,00	52,50	60,00	160,00
Exames Especiais - Exames Tipo B	120,00	120,00	120,00	140,00	160,00	140,00	160,00	320,00
Internação (valor fixo por internação)	210,00	210,00	210,00	245,00	280,00	245,00	280,00	480,00

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 seguradora, 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.](#)

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

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

Para a faixa etária

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

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	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia Hospitalar com obstetrícia* 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia Hospitalar com obstetrícia* 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia Hospitalar com obstetrícia*
ACOMODAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Quarto individual Enfermaria** 	<ul style="list-style-type: none"> Quarto individual Enfermaria** 	<ul style="list-style-type: none"> Quarto individual Enfermaria**
COPARTICIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação
MODALIDADE DE PAGAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Faixa etária: compulsória e opcional 	<ul style="list-style-type: none"> Faixa etária: compulsória e opcional 	<ul style="list-style-type: none"> Faixa etária: compulsória e opcional Custo médio: compulsória
INÍCIO DA VIGÊNCIA	Data da quitação do CCB***	Data da quitação do CCB***	Data da quitação do CCB***
VIGÊNCIA DO CONTRATO	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	<ul style="list-style-type: none"> Financeiro Por sinistralidade (conforme legislação atual - RN 309) Por faixa etária 	<ul style="list-style-type: none"> Financeiro Por sinistralidade (experiência do grupo) Por faixa etária 	<ul style="list-style-type: none"> Financeiro Por sinistralidade (experiência do grupo) Por faixa etária****

*Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

**Exceto para os planos Premium e Nacional Plus.

***Comprovante de crédito bancário.

****Se contratada essa modalidade.



Grupo Elegível

Beneficiário Titular

- 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.

Dependentes Agregados

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

*Serão aceitos somente na implantação, quando oriundos de massa encampada, 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 franquias pagas únicas 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 processado a rescisão do contrato do plano de saúde.





Condições para manutenção do plano de saúde

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

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

Em caso de morte do titular, os dependentes cobertos pelo plano de saúde poderão permanecer no contrato, sendo mantida a obrigatoriedade de seu pagamento.

Cobrança do pagamento

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

*Modalidade de pagamento disponível a partir do SPG 100.

O beneficiário terá acesso, por intermédio da empresa ou no Portal Bradesco Seguros (www.bradescoseguros.com.br), na área exclusiva do beneficiário, à tabela de custos correspondente ao valor a ser pago pelo plano de saúde.

Cancelamento do plano de saúde

O plano de saúde será cancelado nas seguintes hipóteses:

- a) Ao fim dos prazos estabelecidos no item Período de Manutenção do Plano de Saúde;
- b) Por solicitação formal do beneficiário à empresa, mediante comunicação dessa à operadora;
- c) Se o beneficiário (demitido ou aposentado) deixar de efetuar o pagamento por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do plano de saúde;
- d) Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do plano de saúde, mediante apresentação de prova pela operadora e comunicação escrita à empresa;
- e) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
- f) Se o contrato for cancelado;
- g) Se o beneficiário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, fato que deve ser comunicado imediatamente ao antigo contratante;
- h) A pedido formal do beneficiário titular, na forma garantida pela Resolução Normativa RN n.º 561/22, da ANS.

Portabilidade de Carências

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

Os sistemas de movimentação da Bradesco Saúde 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 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei n.º 9656/1998;
- Compatibilidade entre os plano 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 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, na qualidade de corretor, deve informar ao proponente a contratante que o processo de contratação está condicionado ao envio das fichas de inclusão preenchidas e assinadas pelos proponentes a beneficiário e que, em sendo necessário o envio de documentação ou informação complementar, o prazo de análise será suspenso até que todas as pendências sejam sanadas. Caso as pendências não sejam resolvidas no prazo de 40 (quarenta) dias, que é o período de validade do processo de cotação/análise, essa perderá seus efeitos e será necessário reiniciar o processo no sistema Emissão Expressa.

Após a implantação do contrato, os beneficiários receberão o cartão de identificação Bradesco Saúde.

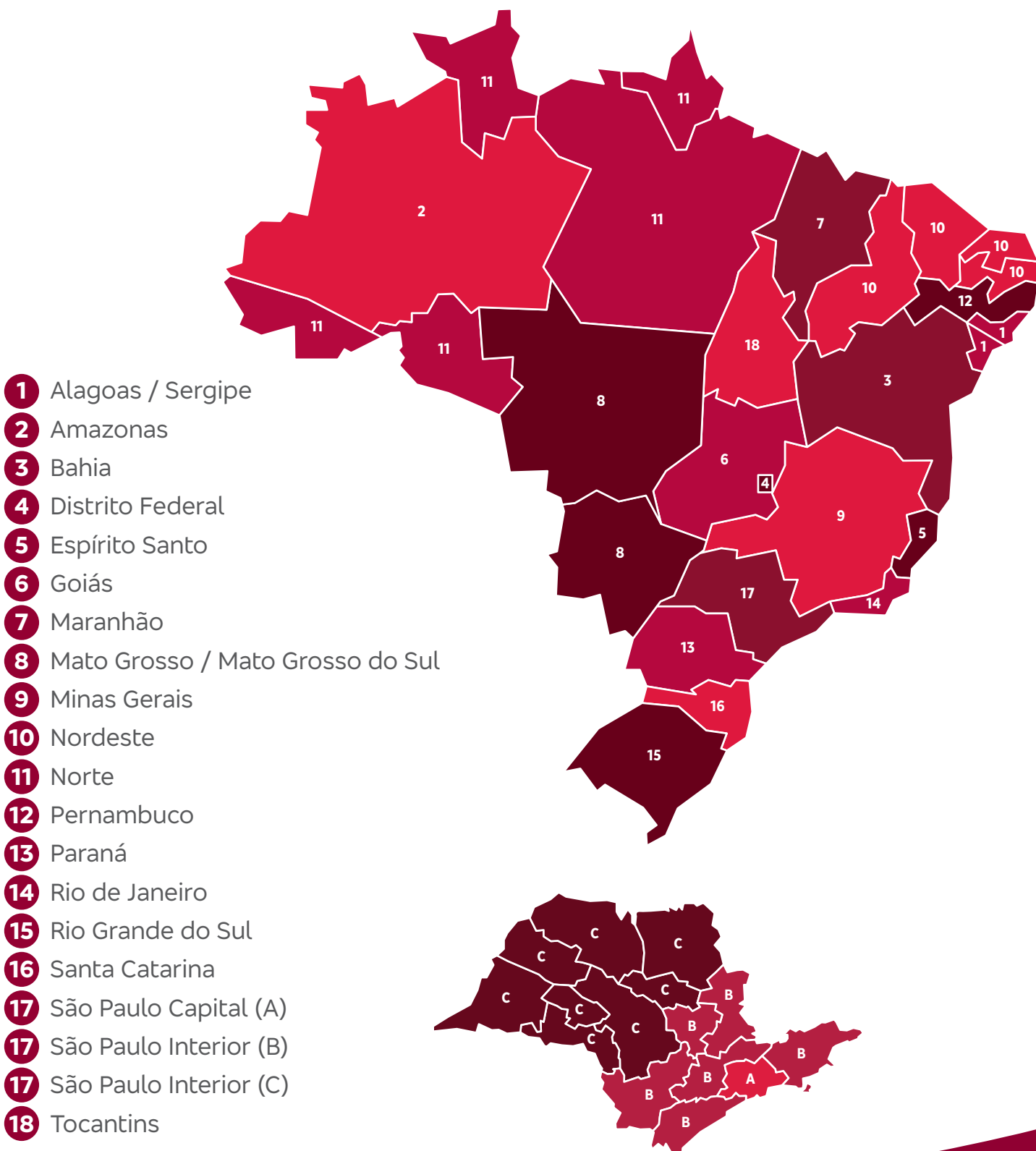
O prazo para entrega é de até 15 (quinze) dias úteis, podendo variar de acordo com a localidade e o tipo de entrega.



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.



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; Itapeçerica 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:

Aguai; Águas da Prata; Águas de Lindóia; Águas de São Pedro; Ajapi; Alambari; Alumínio; Americana; Amparo; Ana Dias; Angatuba; Aparecida; Aparecida de São Manuel; Apiaí; Aracariguama; 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; Cerquilha; 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; Ilabela; 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; Juiquiá; 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 Barbara 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 Gramma; São José dos Campos; São Luíz 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; Tejuapá; 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 Bradesco Saúde Efetivo possui uma rede de prestadores reconhecidos, concentrada em cidades selecionadas, preservando os benefícios de um plano de abrangência nacional, aliada a custos competitivos.

▶ Flex

Com mais opções de atendimentos em todo o Brasil, o Flex possui maior capilaridade de rede referenciada em relação ao plano Efetivo, para atender com mais comodidade as principais necessidades dos beneficiários.

▶ Ideal

Com referenciados distribuídos na medida certa em todo o Brasil, o plano Bradesco Saúde Ideal oferece diversas opções de atendimento em prestadores de referência, sendo especialmente desenhado para os estados do Rio de Janeiro, de São Paulo e também do Distrito Federal.

▶ Nacional

Uma ampla rede de presença nacional, composta por médicos, clínicas, hospitais e laboratórios de referência em todo o país. O plano Nacional também possui opções de múltiplos de reembolso para atendimentos realizados no Brasil e no exterior, oferecendo mais possibilidades que se encaixam ao perfil do cliente.

▶ Nacional Plus

O plano oferece atendimento nos principais hospitais de excelência em todo o país, somado ao conforto do Bradesco Saúde Concierge* para beneficiários residentes nas cidades de São Paulo (SP), Rio de Janeiro e Resende (RJ), Belo Horizonte (MG) e Salvador (BA). Há maior flexibilidade na escolha de padrão de reembolso para atendimento 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) e Brasília (DF), enquanto vigorarem os contratos e os acordos com as empresas que os operam.

Planos de saúde de abrangência regional

► Rio+ e São Paulo+

Os planos Bradesco Saúde Rio+ e Bradesco Saúde São Paulo+ possuem abrangência regional e oferecem uma rede de atendimento em 43 municípios nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. São opções para quem possui a ponte aérea na rotina. Além de uma rede com hospitais de referência, há ainda uma central de agendamento exclusiva de consultas e exames.

Tabela de Planos

PLANO	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplo de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hospitalares		
					Paciente não Internado*		Paciente Internado					
					Honor.	Serviços	Honor.	Serviços				
PREMIUM	Nacional	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia	TNC6	Quarto	6	6	12	6	Premium	1.4		
			TNC8	Quarto	8	8	14	8				
			TNPX	Quarto	10	10	15	10				
NACIONAL PLUS			TNP4	Quarto	4	4	4	4	Nacional Plus	1.4		
			TNP6	Quarto	6	6	6	6				
			TNP8	Quarto	8	8	8	8				
NACIONAL			TNNI	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional II	1		
			TNMI	Quarto	1	1	2	1				
			TNMM	Quarto	2	1	2	1				
			TNMN	Quarto	3	1,5	3	1,5				
IDEAL			TNI1	Enfermaria	1	1	1	1	Ideal I	1		
	TNI2	Quarto	1	1	2	1						
FLEX	Grupo de Municípios	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia	FCEX	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional Flex	1		
			FCQX	Quarto	1	1	2	1				
EFETIVO			TNWE	Enfermaria	1	1	1	1	Rede Efetivo IV	1		
			TNWQ	Quarto	1	1	2	1				
RIO+ e SÃO PAULO+			BME1	Enfermaria	1	1	1	1	Saúde 1+	1		
			BMQ1	Quarto	1	1	2	1				
NACIONAL PLUS			Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	HNP4	Quarto	4	4	4	4	Nacional Plus	1.4
					HNP6	Quarto	6	6	6	6		
					HNP8	Quarto	8	8	8	8		
NACIONAL					HNNI	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional II	1
					HNMI	Quarto	1	1	2	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.](#)

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

O beneficiário poderá utilizar qualquer serviço que esteja coberto pelo plano de saúde com um prestador de sua livre escolha que não faça parte da lista de referência, desde que sejam respeitados a área de atuação do plano e os limites contratados.

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

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

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

Documentação Necessária para Solicitação de Reembolso:

O beneficiário terá o prazo máximo de 1 (um) ano, a partir da data de ocorrência do evento, para solicitar o reembolso.

Para o efetivo reembolso, o beneficiário deverá enviar à operadora toda a documentação necessária, conforme descrito abaixo:

Consulta médica / Consulta realizada em clínica ou hospital

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

- a) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social, CNPJ da instituição e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - em casos de consultas realizadas em hospitais e clínicas -, bem como, no caso de apresentação de recibo de Pessoa Física, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou a consulta.



Exames

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

- a) Pedido médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, nome técnico de cada exame realizado, sem siglas ou códigos, bem como a correspondente metodologia, caso exista mais de um método diagnóstico disponível, e justificativa para a respectiva solicitação;
- b) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e CNPJ da instituição, bem como, no caso de apresentação de recibo de Pessoa Física, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou o exame;
- c) Quando forem realizados exames de imagem (Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética etc.), na documentação enviada para reembolso, deverão constar também a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais (indicando marca, modelo e fabricante) e medicamentos, com seus valores unitários discriminados.

Nos casos de realização de exames genéticos, deverão ser enviados adicionalmente:

- a) Relatório médico informando: indicação relacionada à conduta terapêutica, quadro clínico, histórico familiar, análise do heredograma, hipótese diagnóstica, laudos dos exames realizados para a elucidação diagnóstica da patologia, informando os genes a serem pesquisados e a metodologia utilizada, e se foram realizados em território nacional. A solicitação do exame deverá ser feita por profissional listado na respectiva Diretriz de Utilização (DUT) vigente à época do evento.



Procedimentos ambulatoriais

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

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, deverá ser apresentada a correspondente indicação clínica, contendo a descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados para cada uma delas e os resultados dos principais exames pré e pós-operatórios;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório, se houver;
- d) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e CNPJ da instituição, bem como, no caso de apresentação de recibo de Pessoa Física, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou o exame.

Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá ser enviado, ainda, documento complementar, com a expressa manifestação da vontade do paciente, em que constem informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Na realização de cirurgias refrativas, será necessário o envio, em complemento à documentação descrita nos itens acima, de relatório do médico assistente informando o erro de refração (expresso em graus) que indicou o referido procedimento cirúrgico.

Nos documentos citados nos itens “a” e “d” acima, devem constar as descrições dos materiais (indicando marca, modelo e fabricante), medicamentos, taxas e outras despesas, com seus respectivos valores unitários.

Internação, inclusive as de natureza obstétrica

As internações clínicas ou cirúrgicas realizadas em hospitais que não façam parte da rede referenciada do plano contratado serão reembolsadas nas seguintes condições:

Despesas Hospitalares

Para a solicitação do reembolso de despesas hospitalares, o beneficiário deverá apresentar:

- a) Relatório médico contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação e descrição e período do atendimento;
- b) Nota Fiscal e recibo de quitação emitidos pelo hospital, contendo: nome do paciente, data do evento, valor pago, razão social, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e CNPJ do hospital;



c) Fatura emitida pelo hospital com a descrição detalhada da conta hospitalar individualizando os itens, inclusive diárias, taxas, relação de materiais (indicando marca, modelo e fabricante) e medicamentos utilizados e exames efetuados e cobrados do beneficiário durante a internação, com os respectivos valores unitários, data da alta e período de cobrança.

Honorários médicos

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

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação, descrição e período do atendimento;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório com a descrição do ato cirúrgico;
- d) Laudo dos exames de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à doença;
- e) Pareceres de especialistas relacionados à doença, se houver;
- f) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e CNPJ da instituição, bem como, no caso de apresentação de recibo de Pessoa Física, o CPF e seu registro ativo no conselho profissional, endereço e telefone do profissional que realizou o exame;
- g) Nos atendimentos ao parto (vaginal ou cesáreo), deverá ser enviado o partograma.

Caso o procedimento realizado seja a vasectomia/laqueadura tubária, deverá ser enviado, ainda, documento complementar, com a expressa manifestação da vontade do paciente, em que constem informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Adicionalmente, devem constar, em um dos documentos citados nos itens “a” e “f”, a participação e os valores correspondentes a cada membro da equipe que realizou o atendimento (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar etc.). No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, o número e as datas das visitas cobradas.

Fisioterapia, fonoterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional

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

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e indicação para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período de tempo);
- b) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, número de sessões e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição da terapia e dados do profissional que realizou a terapia (nome, CPF e número de inscrição ativo no respectivo Conselho Regional - CREFITO - F, CRP/CRM, CRF-a, CREFITO-TO, endereço, telefone, assinatura e carimbo), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), razão social e CNPJ da instituição onde foram realizadas as sessões de terapia.

Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o relatório médico, descrito no item “a”, deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão. No período gestacional, o prazo é de 6 (seis) meses. Quando for realizada fisioterapia, adicionalmente, deverá ser enviado laudo do exame relacionado à patologia, se houver, e que justifique a indicação da referida terapia.



Quimioterapia, Radioterapia e Diálise

Nos casos em que o beneficiário realizar os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e diálise, em prestador não integrante da rede referenciada do produto contratado, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

- a) Relatório emitido pelo médico assistente, datado, assinado e carimbado, contendo nome do paciente, número e data das sessões, diagnóstico, descrição e indicação para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico;
- b) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, número de sessões e datas que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento e dados do médico (nome, CRM ativo, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo). No caso de Pessoa Jurídica, além de todas as informações listadas nesse item, devem ser apresentados o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a razão social e o CNPJ da instituição;
- c) Fatura que descreva todos os itens da conta (materiais, indicando marca, modelo e fabricante, medicamentos, taxas etc.) com seus valores unitários;
- d) Nota Fiscal original quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante do material (linha AV, filtro, hemodialisado etc.) com nome do paciente, data da emissão, valor pago, descrição do material (indicando marca, modelo e fabricante), número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nome e CNPJ do emitente, não se aceitando recibo do médico, Nota Fiscal ou recibo do hospital ou clínica onde foi realizada a cirurgia.

Na realização de quimioterapia, deverá ser enviada a seguinte documentação complementar:

- a) Laudos dos exames relacionados à patologia em questão (anatomopatológico, imuno-histoquímica, de imagem etc.);
- b) Laudos dos exames, no caso da utilização de adjuvantes, assim como indicação médica para seu uso; e
- c) Novo relatório médico, em caso de troca de esquema terapêutico, com indicação e laudos de exames, se houver.

Acupuntura

O beneficiário poderá realizar os procedimentos de acupuntura em prestador que não faça parte da rede referenciada do produto contratado e solicitar posteriormente o reembolso, desde que apresente:

- a) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, número de sessões e datas que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento e dados do médico (nome, CRM ativo ou registro ativo no conselho profissional, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo). No caso de Pessoa Jurídica, além de todas as informações listadas nesse item, a razão social, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o CNPJ da instituição, o nome e o CRM do médico que realizou as sessões.

Nutrição

Para a solicitação de reembolso das consultas de nutrição indicadas por profissional médico regularmente inscrito no CRM e realizadas por profissionais não integrantes da rede referenciada do produto contratado, o beneficiário deverá apresentar a seguinte documentação:

- a) Relatório datado, assinado e carimbado, emitido pelo nutricionista que realizou as consultas, contendo nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e indicação para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de consultas programadas para um determinado período);
- b) Nota Fiscal e recibo de quitação, em caso de Pessoa Jurídica, e, em caso de Pessoa Física, recibo original quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, número de consultas e datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do atendimento e dados do nutricionista (nome, CRN ativo, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo). No caso de Pessoa Jurídica, além de todas as informações listadas nesse item, a razão social, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o CNPJ da instituição.

Próteses e Órteses de Implantação Cirúrgica, e quaisquer outros materiais ligados ou não ao ato cirúrgico assim como quaisquer medicamentos

A solicitação de reembolso referente às próteses e às órteses implantadas cirurgicamente e que estejam previstas na cobertura contratada devem ser encaminhadas mediante a apresentação de:

- a) Relatório emitido pelo médico assistente contendo o nome do paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstico e indicação para a solicitação do material; e
- b) Nota Fiscal original quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante com nome do paciente, data da emissão, valor pago, descrição do material (indicando marca, modelo e fabricante), etiqueta/lacre do produto utilizado, número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nome e CNPJ do emitente, não se aceitando recibo do médico, Nota Fiscal ou recibo do hospital ou clínica onde foi realizada a cirurgia.

Remoção em Ambulância

Nos casos em que haja necessidade de remoção terrestre do beneficiário entre prestadores hospitalares, com utilização de empresa de remoção não integrante da rede referenciada do produto contratado, a solicitação do reembolso deverá ser feita mediante a apresentação de:

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, informando o nome do paciente, diagnóstico e indicação clínica para a remoção; e
- b) Nota Fiscal original quitada, emitida pela empresa de remoção, contendo: o nome do paciente, data da remoção, valor pago, quilometragem percorrida, local de partida e destino, tempo de espera, se houver, tipo de ambulância (UTI ou simples), descrição do valor dos honorários médicos, se houver, razão social e CNPJ da empresa.

IMPORTANTE!

Recomenda-se que o beneficiário guarde todos os documentos originais para a Declaração de Imposto de Renda.

A relação dos documentos necessários para o reembolso também poderá ser consultada nos canais digitais.

Independentemente do procedimento realizado pelo beneficiário, para o efetivo reembolso, não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: recibos de pagamentos de autônomos (RPA), recibos provisórios de serviços e ou temporários (RPS), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou documento auxiliar de Nota Fiscal eletrônica (DANFE).

Também não serão aceitos os recibos e/ou Notas Fiscais emitidos pela Pessoa Jurídica contratante ou por qualquer beneficiário da mesma apólice.

Fracionamento de Recibo e da Comprovação do Efetivo Desembolso

- a) Não haverá Reembolso quando for identificado o envio de mais de um recibo ou Nota Fiscal relacionados ao mesmo atendimento (fracionamento do valor da consulta/procedimento) e/ou com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada evento e/ou quando deixar de ser comprovado o prévio desembolso do valor objeto do pedido de reembolso e/ou quando ocorrer a solicitação de reembolso por terceiros.
- b) Além dos recibos e Notas Fiscais, o beneficiário deverá apresentar à Bradesco Saúde comprovante que demonstre o efetivo desembolso, como, por exemplo, comprovante de transferência bancária, comprovante de PIX, comprovante de cartão de crédito ou cartão de débito, comprovante de compensação de cheque.
- c) Caso o documento apresentado para o pedido de reembolso não seja comprovadamente reconhecido pelo prestador de serviços, o reembolso não será pago ao beneficiário.



- d) Se qualquer documento apresentado para solicitação de reembolso for considerado falso e/ou se for constatada fraude no processo de pedido de reembolso em si, a Bradesco Saúde se reserva o direito de negar o pedido de reembolso e cancelar imediatamente o plano de saúde do respectivo beneficiário titular e de seu grupo familiar, sem direito à devolução das mensalidades pagas pelo contratante ou pelo beneficiário inativo, inclusive na hipótese de o(s) documento(s) falso(s) e/ou fraude ter(em) sido apresentado(s)/causado(s) por beneficiário dependente, sem prejuízo, ainda, das responsabilidades civis e penais cabíveis em face do beneficiário titular, qualquer de seus dependentes e/ou terceiros envolvidos na conduta, sem que seja devida pela Bradesco Saúde qualquer indenização a quem quer que seja a qualquer título em razão do cancelamento do plano.
- e) É vedada a solicitação de reembolso por terceiros, devendo ser realizada exclusivamente pelo beneficiário, por meio dos canais digitais da Bradesco Saúde, mediante dados de acesso (login e senha) pessoais e intransferíveis, sob pena: da exclusão da sua conta de acesso aos canais digitais da Bradesco Saúde; do não recebimento de eventuais valores de reembolso solicitados por terceiro; do cancelamento imediato e motivado do plano de saúde do beneficiário titular e de seu eventual grupo familiar, inclusive na hipótese de compartilhamento/divulgação de dados de acesso aos canais digitais, sem direito à devolução das mensalidades pagas pelo contratante ou pelo beneficiário inativo.

Validação dos Documentos Digitais

- a) Os documentos, objeto do pedido de reembolso, assinados digitalmente deverão ser, obrigatoriamente, passíveis de validação nas plataformas das certificadoras digitais, bem como estar em conformidade com as exigências dos respectivos Conselhos Profissionais. Caso não seja possível a validação de todos os documentos digitais apresentados, a Bradesco Saúde se reserva o direito de não seguir com a análise do pedido 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, cujo telefone consta no verso do cartão de identificação.

ALERTA!

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

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

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

Prazo para cálculo da prévia do reembolso:

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



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/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Aproveitamento de Carências de Empresas Congêneres

Beneficiários oriundos 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 (congênera) e o plano de destino (Bradesco Saúde);
- Apresentem a última fatura do plano de origem quitada, caracterizando a inexistência de descontinuidade da cobertura; e
- Comproven o prazo de permanência no plano de origem que deverá ser de, no mínimo, 6 (seis) meses.

Não haverá aproveitamento de carência para parto.

Empresas congêneres:

- Amil (incluindo as linhas Lincx e One Health);
- Allianz;
- Caixa Seguros,
- Care Plus;
- Golden Cross;
- Mediservice;
- NotreDame Intermédica - GNDI;
- Omint;
- Porto Seguro;
- Sompo (Marítima);
- SulAmérica;
- Unimed.



CPT - Cobertura Parcial Temporária

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

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

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

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

Para os contratos com 30 pessoas ou mais, haverá isenção de CPT para as inclusões realizadas em até 30 (trinta) dias da data de vigência do contrato ou da elegibilidade do beneficiário.

Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

Apresentamos, a seguir, a lista de documentos que devem ser encaminhados para a operadora de plano de saúde.

Empresas

Empresas/Grupo econômico

CONDIÇÕES

Empresas

- Empresa ativa há, no mínimo, 6 (seis) meses;
- Mínimo 3 e no máximo 199 pessoas.
- **Empresário Individual (EI):** aceitação de proponentes registrados como EI no CNPJ e nos órgãos competentes há, no mínimo, 6 (seis) meses, independente de sua forma de constituição (MEI - Microempreendedor Individual, ME - Microempresário, EPP - Empresário de Pequeno Porte ou outros).
 - 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 últimos comprovantes de pagamento;
- Atos constitutivos da empresa prestadora de serviços (FGTS, CNPJ, Contrato Social e suas alterações ou Contrato Consolidado) registrados na Junta Comercial ou no RCPJ;
- Termo de Integração de Subcontratante Prestador de Serviço, enviado pela Área de Relacionamento, conforme demanda;
- 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; Golden Cross; Mediservice; NotreDame Intermédica - GNDI; Omint; Porto Seguro; Sompo (Marítima); SulAmérica e Unimed.

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

- Ser um plano regulamentado pela Lei 9.656/98;
- Inexistência de descontinuidade na cobertura;
- **Para os planos Premium e Nacional Plus, adicionalmente, a Bradesco Saúde avaliará a compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congênera) e o plano de destino.**

Não haverá aproveitamento de carências:

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

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

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Empregados, inclusive diretores

CONDIÇÕES

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

DOCUMENTAÇÃO

- FGTS atualizado e quitado;
- Constar no FGTS com a categoria 01;
- Trabalhador temporário:
 - a) constar no FGTS com a categoria 04;
 - b) contrato de trabalho registrado.
- Trabalhador estrangeiro/expatriado:
 - a) constar no FGTS com a categoria 03.
- Funcionário recém-admitido não relacionado no FGTS deverá enviar Carteira de Trabalho devidamente assinada;
- Ficha de inclusão*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da empresa contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do contrato na Bradesco Saúde).

Sócios com poderes de gestão e administradores

CONDIÇÕES

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

DOCUMENTAÇÃO

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

Estagiário

CONDIÇÕES

Sem limite de idade.

DOCUMENTAÇÃO

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

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Menor aprendiz

CONDIÇÕES

Entre 14 e 24 anos de idade.

DOCUMENTAÇÃO

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

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*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da empresa contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do contrato na Bradesco Saúde).

Demitidos e aposentados

CONDIÇÕES

Somente com extensão de benefício legal, concedido pela empresa.

DOCUMENTAÇÃO

Implantação do contrato

- Documento 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 conseqüentemente 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;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da empresa contratante;
- Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente, disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários);
 - a) havendo beneficiários contribuintes, 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*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da empresa contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do contrato na Bradesco Saúde).

Dependentes

CONDIÇÕES

- Cônjuge;
- Companheiro(a) havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) até 39 anos, 11 meses e 29 dias de idade como dependentes no plano de saúde;
- Filhos (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*;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da empresa contratante (nos casos de solicitação de inclusão durante a vigência do contrato na Bradesco Saúde).

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

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

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

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

Diferenciais da Bradesco Saúde

Meu Doutor

O Programa Meu Doutor está disponível para beneficiários de todos os planos da Bradesco Saúde e possui uma seleção criteriosa de médicos e prestadores conceituados em diversas especialidades, para acompanhar, de perto, a saúde do paciente ao longo da vida. Tendo como pilar a valorização do vínculo médico-paciente, o programa resgata o atendimento primário, eficaz e resolutivo. Além da agenda com menor tempo para marcação de consultas, que podem ser agendadas *on-line* na área exclusiva, o programa ainda conta com prontuário eletrônico integrado aos principais laboratórios do país, para que o médico tenha sempre, em mãos, o histórico de exames do paciente.



Conheça os três serviços do programa Meu Doutor:

Meu Doutor Especialidades

Seleção de médicos especializados que atendem em consultório, em diversas áreas de atuação.

Meu Doutor Linhas de Cuidado

O beneficiário é acompanhado continuamente por equipes de profissionais de clínicas e de hospitais de referência, por meio de consultas periódicas e avaliações.

Meu Doutor APS

Por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), o Meu Doutor APS incentiva o engajamento dos beneficiários no cuidado constante da saúde em diferentes fases da vida, com foco em prevenção de doenças, promoção à saúde e qualidade de vida. O programa está disponível em Brasília (DF), Florianópolis (SC), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA) e São Paulo (SP).

Vale registrar que o Meu Doutor APS faz parte do Projeto Cuidado Integral à Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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:

- A redução na taxa de implantação;
- 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.bradescosauade.com.br**.

Não é necessário acumular pontos para participar.



Autorização de Procedimentos Médicos

Permite ao beneficiário acompanhar, pela área exclusiva do *site* **bradescosauade.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 Plano Odontológico Conjugado ao Plano de Saúde

Em caso de contratação do Bradesco Dental* conjugado 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.

Além de contar com 14 serviços exclusivos, os beneficiários dispõem de uma Central de Relacionamento exclusiva e salas VIP nos principais centros de referência médico-hospitalares do Brasil.

Quanto aos serviços exclusivos, são:

- Coleta de documentos para solicitação de reembolso*;
- Seguro viagem Bradesco;
- Vacinas do viajante*;
- Coleta de exames laboratoriais onde o beneficiário estiver*;
- Marcação de exames especiais*;
- Central de suporte à obtenção de vagas;
- *Welcome baby**;
- *Welcome home*;
- Lista de referências médicas - profissionais renomados e particulares*;
- Importação de medicamentos;
- Segunda opinião médica internacional;
- Orientação médica por vídeo;
- Prontuário eletrônico;
- Saúde em equilíbrio;
- Além de Salas VIP nos principais centros de referência médica do país.

Para saber mais, acesse bradescosaudeconcierge.com.br ou baixe o aplicativo Bradesco Saúde Concierge.

*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

Reembolso 100% Digital

O beneficiário pode solicitar o reembolso 100% digital de procedimentos cobertos, sendo respeitados a área de atuação e os limites contratados. Basta acessar o aplicativo Bradesco Saúde.

Cobertura para Remissão

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

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

*Cônjuge ou companheiro; Filhos solteiros com menos de 18 anos; Filhos inválidos de qualquer idade, considerados elegíveis para efeito da Declaração do Imposto de Renda do beneficiário titular, desde que inscritos como beneficiários dependentes à época do óbito do titular.

Seguro Viagem Bradesco (Assistência em Viagem)

Está disponível nos planos Premium, Nacional Plus e Nacional e garante mais proteção e tranquilidade nas viagens de trabalho e lazer, além do conforto de um pacote com mais de 15 benefícios, com destaque para:

- Cobertura de despesas médicas e hospitalares, no limite do capital segurado, para viagens a países signatários do Tratado de Schengen* e para os demais países, para os planos Premium, Nacional Plus e Nacional.
- Despesa odontológica emergencial.
- Reembolso de despesas com hospedagem após alta hospitalar em viagem.
- Reembolso de despesas farmacêuticas em viagem.
- Organização de envio de acompanhante em casos de hospitalização superior a 10 (dez) dias.
- Localização de bagagem extraviada e cobertura para perda de bagagem.
- Orientação em caso de perda de documentos.

*Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Islândia, Itália, Letônia, Liechtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Polônia, Países Baixos (Holanda), Portugal, República Checa, Suécia e Suíça.

Canais Importantes

Central de Atendimento SPG

Estrutura de pós-venda para suporte aos corretores e clientes, com equipes destinadas a prestar atendimento à área de recursos humanos, proporcionando informações necessárias e auxiliando os gestores no acompanhamento dos processos que envolvam a utilização do plano de saúde.

- **4004 2761** (capitais e regiões metropolitanas)
 - **0800 701 2761** (demais localidades)
-

CRC - Central de Relacionamento com Cliente

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

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor

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

- **0800 727 9966**

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala

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

- **0800 701 2708**
-

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

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

- Informação sobre planos;
- Rede referenciada;
- SPG Implantação de contratos;
- Movimentação Expressa;
- Cadastro de produtores;
- Material de apoio.

Planos registrados na ANS sob os números:

465463113 - Bradesco Saúde Premium Q CE A - 441999035 - Bradesco Saúde Top NPlus Q CE A - 445621031 - Bradesco Saúde Top NPlus Q CE copart B - 443110033 - Bradesco Saúde Hospitalar NPlus Q CE A - 443100036 - Bradesco Saúde Top Nacional Q CE A - 494553231 - Bradesco Saúde Nacional II Q CE - 494556235 - Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart A - 494554239 - Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart - 494559230 - Bradesco Saúde Nacional II E CE - 494560233 - Bradesco Saúde Nacional II E CE copart - - 441922037 - Bradesco Saúde Hospitalar Nacional Q CE A - 494555237 - Bradesco Saúde Nacional II Q CE A - 494557233 - Bradesco Saúde Nacional II Hospitalar Q CE - 494558231 - Bradesco Saúde Nacional II Hospitalar E CE - 463944118 - Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE A - 463947112 - Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE copart B - 463949119 - Bradesco Saúde Nacional Flex E CE B - 463951111 - Bradesco Saúde Nacional Flex E CE copart B - 483995191 - Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE - 483994193 - Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE copart - 483997198 - Bradesco Saúde Efetivo IV E CE - 483996190 - Bradesco Saúde Efetivo IV E CE copart - 486720203 Bradesco Saúde 1+ Q CE - 486723208 Bradesco Saúde 1+ Q CE copart - 486722200 Bradesco Saúde 1+ E CE - 486721201 - Bradesco Saúde 1+ E CE copart - 489563211 Bradesco Saúde Ideal Q CE - 489564219 Bradesco Saúde Ideal Q CE copart - 489566215 - Bradesco Saúde Ideal E CE - 489565217 - Bradesco Saúde Ideal E CE copart.



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.

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 referenciada 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;
- 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 Bradesco Dental SPG

PLANOS	Número de Beneficiários	Modalidade	Tipo de Contratação com Plano de Saúde
Padrão Doc, Premium Top e Premium Top Mais	3 - 29	Compulsória	Conjugado
Padrão Doc	30 - 99		Conjugado
	100 - 199		Conjugado
Padrão Doc, Premium Top e Premium Top Mais	3 - 29 30 - 99 100 - 199		Conjugado ou não ao Bradesco Saúde
Padrão Doc MEI	3 - 29	Exclusivo	

Planos

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 fósulas e fissuras;
- Mantenedor de espaço.



Radiologia - raio-X

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



Prevenção - limpeza dos dentes

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



Periodontia - tratamentos de gengiva inclusive raspagens

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



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 referenciada de clínicas e dentistas que atenderão a Bradesco Dental sob a designação de Rede UNNA.

Modalidade de Inclusão

Inclusão Compulsória ou Automática

Disponível para empresas a partir de 3 (três) beneficiários - no início da vigência do contrato, todos os colaboradores (FGTS da empresa) e seus dependentes são incluídos no plano, ou, ainda, pode ser definido contratualmente um determinado grupo homogêneo de colaboradores.



Formação do Preço

O valor é fixo e previamente calculado em concordância com as coberturas disponibilizadas de acordo com o plano contratado (Padrão DOC, 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 referenciada capaz de oferecer aos beneficiários do Grupo Odontoprev profissionais qualificados e rápido atendimento nas diferentes regiões do Brasil. Está presente em todo o território nacional com cerca de 28 mil referenciados e mais de 2,5 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 Referenciada

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



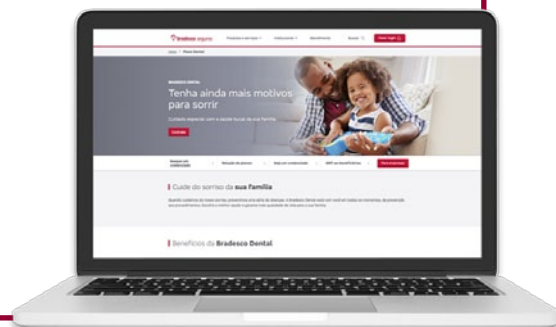
Cartão de Identificação Único de Plano de Saúde e Plano Odontológico quando Contratados Juntos

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

Portal Bradesco Dental (Benefícios *On-line*)

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

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



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 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 referenciada, 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

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2708

Ouvidoria: 0800 701 7000

bradescoseguros.com.br/saude

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%.