Operadora: Bradesco Saúde S/A
CNPJ: 92.693.118/0001-60
ANS: 005711
Site: www.bradescosaude.com.br
Tel.: 0800 701 2700

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou no ingresso em um plano de saúde

<table>
<tr><th></th><th>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</th><th colspan="2">PLANOS COLETIVOS</th></tr>
<tr><td>CARÊNCIA</td><td rowspan="5">É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td colspan="2">Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</td>
<td>Sendo constatado, no ato da contratação, que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, nesse momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente às DLPs declaradas. Como alternativa à CPT, é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.
A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN n° 162/2007.</td>
<td colspan="2">Coletivo Empresarial</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Com 30 participantes ou mais</td>
<td>Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Com menos de 30 participantes</td>
<td>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravo.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td colspan="2">Coletivo por Adesão</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td colspan="2">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravo, independente do número de participantes.</td>
</tr>
<tr>
<td>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</td>
<td colspan="3">É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são perimitidos se houver previsão no contrato.</td>
</tr>
</table>

REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.	Os planos coletivos **não** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por **não** pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu, como referência, o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver a participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes, para fins de carência ou CPT, considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência, considerar-se-á, como data de celebração do contrato coletivo, a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Declaramos ter conhecimento que o Bradesco Saúde Top - Coletivo Empresarial (Registro 421545991), com rede referenciada nacional e com acomodação em enfermaria, que corresponde ao plano de referência de que trata a lei nº 9656/98, de que este nos foi oferecido, mas que optamos pela contratação de outro produto.

_____, ___ de _____de 20___

_____

Carimbo e assinatura do Contratante (com CNPJ)

Bradesco Saúde SPG
TOP - COMPULSORIO
Proposta de Seguro de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar

ANS - nº 005711

Sucursal	Ramo	Cia	N° do processo	Apólice
639	876	571	5896738	

1. Dados do Estipulante

Nome	CNPJ
CEON TECNOLOGIA & INTELIGENCIA LTDA	08.267.977/0001-81

Ramo de Atividade
DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARES

Endereço
RUA BELMIRA ISABEL MARTINS, 42 - SALA 802 -

CEP	Cidade	UF	Telefone	Ramal
88075145	FLORIANOPOLIS	SC	(48) 998506678	

E-Mail	Início do prazo de vigência do seguro
sirlaine.rosa@globo.com	-----

2. Forma de Pagamento

Débito
FATURA

3. Características do Seguro

Tipo de Seguro	Coparticipação	DCC
COMPULSORIO	0 %	0%

Nº de Titulares	Nº de Dependentes	Nº de Vidas
1	2	3

4. Categoria Funcional

Sócios e Diretores

5. Coeficiente de reembolso

Padrões de Seguro	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Coeficientes de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Rede Referenciada	Coeficiente de Reembolso de Despesas Hosp
			Paciente não internado		Paciente Internado			
			Honorários	Serviços	Honorários	Serviços		
Nacional	TNQQ	Quarto Privativo	1.0	1.0	2.0	1.0	Nacional	1.0

6. Dados do(s) Plano(s) Faixa Etária

PLANO	TNQQ
CÓDIGO DO PLANO NA ANS	443100036
DESCRIÇÃO DO PRODUTO NA ANS	BRADESCO SAUDE TOP NACIONAL Q CE A
ACOMODAÇÃO	Quarto Privativo
REDE	Nacional
REGIÃO	Santa Catarina
TIPO DE KIT	Digital

Faixa Etária	Porcentagem Variação	Número de Vidas	Valores S/IOF
Até 18 anos	0,00%	00	R$ 260,94
19 a 23	18,00%	00	R$ 307,91
24 a 28	21,00%	01	R$ 372,57
29 a 33	20,00%	00	R$ 447,09
34 a 38	14,00%	00	R$ 509,68
39 a 43	3,00%	00	R$ 524,97
44 a 48	21,75%	00	R$ 639,17
49 a 53	17,62%	01	R$ 751,81
54 a 58	19,00%	01	R$ 894,65
59 adiante	75,00%	00	R$ 1.565,63

Taxa de Implantação de Kit Digital: R$ 5,00 por usuário.

Taxa de 2ª via do cartão: R$ 5,00 por cartão.

Taxa 2ª Via Lista Referenciada: R$ 2,50 por Unidade.

Os valores informados neste estudo são meramente indicativos e poderão ser revistos, sendo reduzidos ou agravados, após a análise da Seguradora.

Top - COMPULSÓRIO - 3 a 29 VIDAS						
Carências a cumprir (em dias)						
N. Vidas	**A**	**B**	**C**	**D**	**E1**	**E2**
03 a 09	24 Horas	15	180	300	180	180
10 a 20	24 Horas	15	0	300	0	180
21 a 29	0	0	0	0	0	0

Sendo:

a) 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de urgência e emergência;
b) 15 (quinze) dias para consultas médicas e exames simples, relacionados nas alíneas “a" até “g" do subitem 3.2.2 da Cláusula de Coberturas, das Condições Gerais;
c) 180 (cento e oitenta) dias para fisioterapia, exceto nos casos de acidente pessoal;
d) 300 (trezentos) dias para parto a termo;
e) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, quais sejam:

e1) cirurgias em geral e internações clínicas, bem como exames complementares e terapias que necessitem de autorização prévia, conforme disposto na Cláusula Mecanismos de Regulação, das Condições Gerais. Exceção será feita aos procedimentos previstos nas alíneas “c" e “e2";

e2) hemodiálise e diálise peritoneal, radioterapia e quimioterapia, transplantes e implantes de qualquer natureza, cirurgias neoplásicas malignas, cirurgias cardíacas, vasculares e neurológicas (inclusive hérnia de disco intervertebral).

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE

O Estipulante propõe à Bradesco Saúde S.A a realização deste Seguro, com base nas declarações anteriores, assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre aqueles que pretende incluir na apólice, empregados e demais vínculos admitidos, bem como sobre os respectivos dependentes, se for o caso.

O(s) certificado(s) de seguro será(ão) emitido(s) pela Seguradora para entrega, pelo Estipulante, a cada segurado titular em favor das pessoas referidas nos documentos de inclusão, de conformidade com as Condições Gerais do Contrato de Seguro que propõe realizar, que são de seu pleno conhecimento, e com as quais se declara de inteiro acordo, nelas incluídas as cláusulas que dispõem sobre o tipo de contratação, rescisão e as regras de cálculo e aplicação de reajuste.

O Estipulante declara e tem ciência de que:

a) A conta corrente informada para débito dos prêmios mensais é de sua titularidade, responsabilizando-se pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o banco indicado a efetuar o débito na respectiva conta corrente.

a1) Qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora, e que, se houver insuficiência de fundos para cobrir o valor a ser debitado em conta corrente, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio.

b) A presente proposta será analisada pela Seguradora que poderá, a seu exclusivo critério, aceitar ou declinar o risco do seguro.

c) Este seguro está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de seu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação, disponibilizada pelo Banco Bradesco S.A, e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

d) Por sua opção e considerando o(s) plano(s) indicado(s) na proposta, os segurados terão acesso ao Manual do Segurado e à Lista de Referenciados exclusivamente por meio do Portal da Bradesco Saúde na Internet (bradescosaude.com.br) e que será responsável por comunicá-los sobre a existência deste canal.

d1) Além disso, afirma ser de seu conhecimento que, em função desta opção, os materiais citados não serão entregues ao segurado em meio físico, sendo entregues tão somente os Cartões de Identificação (carteirinhas) e a carta de boas-vindas no endereço fornecido à Seguradora.

d2) Independente da opção pelo kit digital, sempre que solicitado pelo segurado, a Seguradora encaminhará a Lista de Referência impressa, sendo cobrada do estipulante uma taxa para confecção deste material.

e) Nos casos em que houver empregados e que estes sejam ou tenham sido contributários do prêmio mensal do seguro, deverá:

e1) Apresentar ao segurado titular, inclusive àquele recém-admitido, valores da tabela de custos por faixa etária, que será atualizada e disponibilizada pela Seguradora. Nos casos de contratação na modalidade de custo médio, este também deverá ser informado ao segurado titular; e

e2) Oferecer ao segurado titular, no momento de seu desligamento em razão de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, a possibilidade de permanência no seguro, na mesma apólice e plano em que estava incluído na vigência do contrato de trabalho, nos exatos termos das Condições Gerais.

f) Recebeu previamente à assinatura da presente proposta, leu e entendeu o conteúdo do documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, como orientação na correta contratação deste seguro.

Caso a proposta de seguro seja aceita, o Estipulante se compromete a entregar ao segurado titular:

a) Anteriormente à sua inclusão no seguro, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS;

b) O documento denominado Guia de Leitura Contratual (GLC) por meio eletrônico, responsabilizando-se a entregá-lo, em forma impressa ou em mídia digital, a critério do segurado titular, aos beneficiários do seguro quando da entrega da carteira de identificação;

c) Sempre que solicitado pelo segurado titular, cópia do contrato firmado.

Os documentos MPS e GLC estão disponíveis no Portal do Estipulante, na página www.bradescosaude.com.br.

O estipulante compromete-se a comunicar à Seguradora quaisquer ocorrências que impliquem em alteração ou cancelamento do seguro.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A data de início de vigência do seguro coincidirá com a data de quitação do CCB - Crédito Conciliado Bancário.

Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência do contrato, é facultado a qualquer das partes rescindi-lo, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas adiante:

a) quando motivada pelo Estipulante na hipótese prevista na alínea b do item 12.2.1 das Condições Gerais, sem qualquer ônus; ou

b) imotivadamente, ou se motivada pelo Estipulante por qualquer das hipóteses previstas nas alíneas a, b, c e e referido item 12.2.1, condicionando o mesmo ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 3 (três) vezes o valor da última fatura paga.

Consideram-se dependentes: cônjuge ou companheiro (a); filhos solteiros – naturais, adotivos ou enteados – com idade até 39 anos, 11 meses e 29 dias e os filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda.

Reajuste por Sinistralidade:

a) As apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas na data de seu primeiro faturamento serão reavaliadas em conjunto (pool), de acordo com as regras estabelecidas nas Condições Gerais do Seguro, sendo o percentual de reajuste aplicado na data de aniversário do contrato, independente da quantidade de vidas ativas na apólice nesta data. Essa regra atende às determinações estabelecidas pela Resolução Normativa RN nº 309, de 24/10/2012, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

b) Para as apólices com 30 (trinta) ou mais vidas seguradas, o fator variável Y de que trata a Cláusula "Da Apuração do Percentual Único de Reajuste", das Condições Gerais, é igual a 0,7.

Proposta válida por 60 (sessenta) dias da data de emissão.

IOF de 2,38%. PIS/COFINS apurados e recolhidos nos termos da legislação aplicável.(*)
(*) Informação do Custo Tributário nos termos da Lei nº 12.741/12

A relação atualizada de prestadores médico-hospitalares que compõem a rede referenciada está disponível no Portal da Bradesco Saúde na internet (www.bradescosaude.com.br). Também é possível consultar a relação de prestadores não hospitalares recentemente substituídos na rede referenciada por meio do Portal ou dos canais listados no final desta Proposta:

Central de Relacionamento com Clientes - (CRC):

Plano Perfil (CAPITAIS E REG. METROPOLITANA) 4004 2790 ou 4004 2791 E (DEMAIS LOCALIDADES / CIDADES DO INTERIOR) – 0800 701 2790 ou 0800 701 2791.

Demais planos (CAPITAIS E REG. METROPOLITANA) – 4004 2700 E (DEMAIS LOCALIDADES / CIDADES DO INTERIOR) – 0800 701 2700.

Serviço de Atendimento ao Cliente – (SAC): 0800 727 9966.
Central de Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala – (CAS): 0800 701 2708.
Ouvidoria – 0800 701 7000 – Horário de funcionamento: 08:00 às 18:00h de segunda a sexta-feira, exceto feriado nacional.

Rio de Janeiro, 09 Outubro de 2020.

_____	_____
Assinatura do(a) Corretor(a), carimbo e nº da SUSEP	Carimbo e assinatura do Estipulante

bradesco dental

Operadora: Odontoprev S/A
CNPJ: 58.119.199/0001-51
ANS: 30194-9
Site: www.bradescodental.com.br
Tel.: 0800 701 2700

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou no ingresso em um plano de saúde

<table>
<tr><th></th><th>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</th><th colspan="2">PLANOS COLETIVOS</th></tr>
<tr><td rowspan="5">CARÊNCIA</td><td rowspan="5">É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td colspan="2">Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</td></tr>
</table>

MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são perimitidos se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.	Os planos coletivos **não** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por **não** pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu, como referência, o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver a participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes, para fins de carência ou CPT, considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência, considerar-se-á, como data de celebração do contrato coletivo, a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Bradesco Dental 3 a 29 Vidas

Proposta de Contrato de Plano Privado de Assistência Odontológica Conjugado ao Seguro Saúde

ANS - nº 30194-9

Sucursal	Ramo	Cia	N° do processo	Apólice
639	876	005	5896738	

1. Dados do Contratante

Nome
CEON TECNOLOGIA & INTELIGENCIA LTDA

CNPJ
08.267.977/0001-81

Ramo de Atividade
DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARES

Endereço
RUA BELMIRA ISABEL MARTINS, 42 - SALA 802 -

CEP	Cidade	UF	Telefone	Ramal
88075145	FLORIANOPOLIS	SC	(48) 998506678	

E-Mail
sirlaine.rosa@globo.com

Início do prazo de vigência do seguro
-----

2. Forma de Pagamento

Forma de Pagamento
FATURA

3. Características do Contratante

Plano	Nº de Vidas	Custo Unitário	Total da Fatura	Tipo de Contrato
Padrão DOC I	3	R$ 23,67	R$ 71,01	Compulsório
Total	3		R$ 71,01	

4. Dados do(s) Plano(s)

REGISTRO ANS	PLANO	REDE
443079034	Padrão DOC I	Premium

DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE

O Contratante propõe à Operadora a realização deste contrato, com base nas declarações anteriores, assumindo o compromisso de prestar-lhe todas as informações sobre aqueles que pretende incluir no Contrato - empregados e demais vínculos admitidos - bem como, se for o caso, sobre os respectivos Dependentes, declarando que os mesmos enquadram-se perfeitamente na definição de grupo elegível constante dessa Proposta e das Condições Gerais do Contrato. Responsabiliza-se, ainda, pelas informações prestadas, sujeitando-se às sanções legais aplicáveis.

O Contratante declara que está de pleno acordo com as Condições Gerais do Contrato, as quais são do seu pleno conhecimento, comprometendo-se a comunicar à Operadora quaisquer ocorrências que possam ensejar a descaracterização do grupo elegível.

O Contratante se compromete ainda, a qualquer tempo, por solicitação da Operadora, a encaminhar em até 5 (cinco) dias úteis toda a documentação que dá suporte à elegibilidade dos empregados, dentre as quais, as relativas ao FGTS e a de seus Dependentes.

A Empresa está ciente de que a presente proposta será analisada pela Operadora, que poderá, a seu exclusivo critério, aceitar ou declinar a formalização do Contrato, se presentes condições incompatíveis com a contratação.

Declara que esse plano de Benefícios Odontológicos está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de seu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizada pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

O Contratante declara ter ciência de que, nos casos em que houver empregados e que estes tenham contribuído financeiramente, a qualquer tempo, para o pagamento da contribuição mensal do Plano de Benefícios Odontológicos, deverá:

a) apresentar ao Beneficiário Titular, inclusive àquele recém-admitido, o valor da contribuição mensal, que será atualizado periodicamente e disponibilizado pela Operadora, e;
b) oferecer ao Beneficiário Titular, no momento de seu desligamento em razão de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria, a possibilidade de permanência no Plano de Benefícios Odontológico, no mesmo Plano em que estava incluído quando da vigência do Contrato de Trabalho, nos exatos termos do Contrato.

Ter recebido, previamente à assinatura da presente proposta, lido e entendido o conteúdo do documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde- MPS, como orientação na correta contratação deste seguro.

Caso a proposta seja aceita, o Contratante se compromete a entregar ao Beneficiário Titular:
a) Anteriormente à sua inclusão no Plano de Benefícios Odontológicos, o documento denominado Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS;
b) O documento denominado Guia de Leitura Contratual (GLC) por meio eletrônico, responsabilizando-se a entregá-lo, em forma impressa ou em mídia digital, a critério do beneficiário titular, aos beneficiários do Plano de Benefícios Odontológicos quando da entrega da carteira de identificação;
c) Sempre que solicitado pelo Beneficiário Titular, cópia do contrato firmado.

Os documentos MPS e GLC estão disponíveis no Portal do Estipulante, na página www.bradescodental.com.br.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A data início de vigência do contrato coincidirá com a data de quitação do CCB - Crédito Conciliado Bancário.

O plano Padrão possui fator de reembolso de 1X a Tabela de Honorários e Serviços Odontológicos da Operadora.

Proposta válida por 60 (sessenta) dias da data de emissão.

A relação atualizada de prestadores odontológicos que compõem a rede referenciada está disponível no Portal da Bradesco Dental na internet (**www.bradescodental.com.br**). Também é possível consultar a relação de prestadores recentemente substituídos na rede referenciada por meio dos canais listados no final desta Proposta:

Central de Relacionamento com o Cliente - (CRC): 0800 701 2700.

Prestadores: 4004 2751 (CAPITAIS E REG. METROPOLITANAS) e 0800 701 2751 (DEMAIS LOCALIDADES / CIDADES DO INTERIOR).

Central de Relacionamento com Clientes – CRC (CAPITAIS E REG. METROPOLITANAS) 4004 2700 opção 6 e (DEMAIS LOCALIDADES / CIDADES DO INTERIOR) 0800 602 3332 (24 horas 7 dias por semana).

Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC 0800 600 2894 (24 horas 7 dias por semana).

Central de Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala – CAS 0800 701 2708.

Ouvidoria 0800 772 2073 - Horário de funcionamento - 08:00 às 18:00h de segunda a sexta-feira, exceto feriado nacional.

ODONTOPREV- informações somente para clientes - 0800 702 9000 - 24 horas.

Rio de Janeiro, 09 Outubro de 2020.

Assinatura do(a) Corretor(a), carimbo e nº da SUSEP	**Carimbo e assinatura do Contratante**