

# Manual do Corretor



**bradesco**  
saúde

Com Você. Sempre.



## **Bradesco Saúde e Bradesco Dental - Empresarial**

---

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

# Índice

## SAÚDE

• Sobre a Bradesco Saúde .....	4
• Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor .....	5
• Planos .....	7
• Modalidade de Inclusão .....	7
• Opções de Cobertura .....	8
• Acomodações .....	8
• Coparticipação .....	9
• Formação do Preço .....	10
• Modalidade de Pagamento .....	10
• Reajuste por Mudança de Faixa Etária .....	11
• Condições Contratuais .....	12
• Grupo Elegível .....	13
• Solicitação de Estudo/Proposta .....	19
• Linhas de Planos .....	19
• Prazos para Autorização de Procedimentos Médicos .....	22
• Reembolso .....	22
• Tabelas de Planos .....	25
• Carência .....	29
• Cobertura Parcial Temporária (CPT) .....	30
• Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários .....	31
• Diferenciais da Bradesco Saúde .....	36
• Canais Importantes .....	42

## DENTAL

• Sobre o Bradesco Dental .....	45
• Relacionamento Bradesco Dental - Corretor .....	47
• Pós-venda Bradesco Dental Empresarial .....	48
• Planos Bradesco Dental Empresarial .....	49
• Planos .....	50
• Abrangência .....	52
• Modalidade de Inclusão .....	52
• Formas de Contratação .....	53
• Reajuste do Contrato .....	53
• Vigência e Renovação do Contrato .....	53
• Grupo Elegível .....	54
• Rede UNNA .....	55
• Solicitação de Estudo/Proposta .....	56
• Reembolso .....	56
• Carência .....	60
• Documentação Necessária para Implantação do Contrato .....	60
• Diferenciais Bradesco Dental .....	62
• Canais Importantes .....	65

**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 Empresarial** com o objetivo de fornecer todas as informações que você precisa para aprimorar suas vendas. Aqui você encontra as principais características dos nossos planos e informações técnicas para o fechamento de novos negócios.

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

Atenciosamente,

**Bradesco Saúde**

# Sobre a Bradesco Saúde

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

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

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

- ✓ Na diversidade dos planos e nas opções de contratação;
- ✓ Na abrangência da rede referenciada, composta por profissionais reconhecidos e de centros de referência 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, prático e de fácil acesso, criado especialmente para você, corretor.

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

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



Cadastro de  
Produtores



Informe de  
Rendimentos



Listas de Rede  
por Linha de  
Planos



Material de  
Apoio à Venda



Novidades  
em Produtos  
e Serviços



Perfil de  
Clientes



Solicitação  
de Estudo



E muito mais

Acesse o *link* no Portal Bradesco Seguros:  
**[www.bradescoseguros.com.br/portaldenegocios](http://www.bradescoseguros.com.br/portaldenegocios)**.



## Pós-venda com o apoio de Equipe Dedicada

A Bradesco Saúde mantém uma estrutura de pós-venda, por meio de equipe exclusiva localizada nas sucursais – espalhadas nos quatro cantos do Brasil. Essas filiais foram criadas para dar suporte aos corretores e clientes e é habilitada a fornecer as informações e o atendimento necessários à manutenção do plano de saúde.



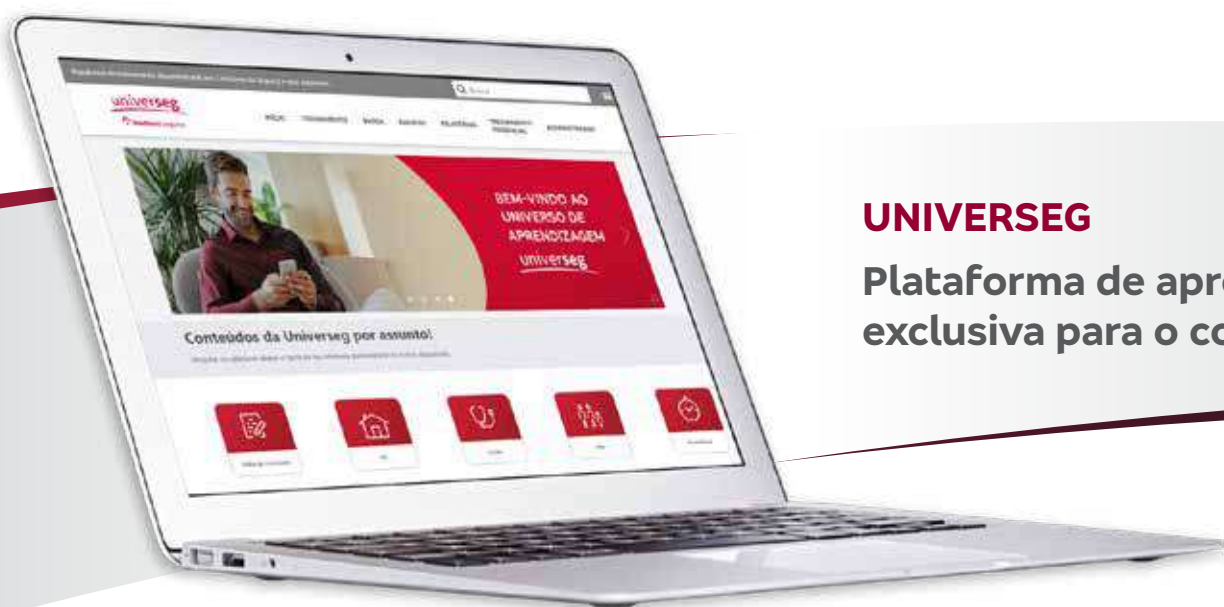
## Universeg

É muito importante que você detenha conhecimento completo sobre os serviços disponíveis no plano de saúde para que possa orientar corretamente o cliente. Bem informado, você conseguirá melhores resultados de vendas!

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

### Como acessar a Universeg:

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



## UNIVERSEG

Plataforma de aprendizagem exclusiva para o corretor

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

## Planos

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

**EMPRESARIAL 200:** de 200 a 499 pessoas.

**EMPRESARIAL 500:** com 500 pessoas ou mais.

## 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 do contratante. Válida para os titulares e todos os seus dependentes.



### Opcional

Não há obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo elegível vinculado à empresa contratante.



# Opções de Cobertura



## Completa

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

**Disponível para todos os planos.**



## Hospitalar com Obstetrícia

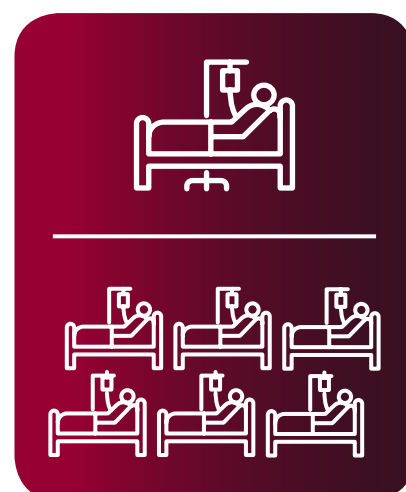
Planejado para atender, principalmente, aos eventos relacionados a grandes riscos do segmento hospitalar com obstetrícia. Oferece cobertura de despesas médicas e hospitalares relativas a internações clínicas ou cirúrgicas.

**Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.**

# Acomodações

A Bradesco Saúde disponibiliza dois padrões de acomodação hospitalar:

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





# Coparticipação



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

**A contratação de plano com coparticipação é uma escolha do contratante.** Caso seja contratado, o percentual de coparticipação escolhido pelo contratante estará previsto na Proposta de Seguro e será aplicado sobre o valor de cada procedimento realizado pelos beneficiários.

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

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

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

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

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

[Clique aqui e saiba mais sobre a coparticipação da Bradesco Saúde.](#)

# Formação do Preço



## Pré-pagamento

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



## Pós-pagamento

O valor do plano de saúde é definido como a soma dos eventos ocorridos no período anterior, acrescida de taxa de administração.

Nessa modalidade, a empresa contratante assume integralmente o risco do plano. Modalidade também denominada “Administrada” e sujeita à análise prévia da operadora.

# 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.



# 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 pago imediatamente anterior.

## 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.

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária ocorrem de forma independente do reajuste anual da mensalidade.

Alternativamente ao reajuste por mudança de faixa etária, existe a opção de cobrança por custo médio. Nessa modalidade, não há aplicação de reajuste por faixa etária.

# Condições Contratuais

PLANO	EMPRESARIAL 200	EMPRESARIAL 500
BENEFICIÁRIOS	De 200 a 499	A partir de 500
MODALIDADE DE INCLUSÃO	Compulsória ou opcional	Compulsória ou opcional
OPÇÕES DE COBERTURA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia</li> <li>• Hospitalar com obstetrícia*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia</li> <li>• Hospitalar com obstetrícia*</li> </ul>
ACOMODAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto individual</li> <li>• Enfermaria**</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto individual</li> <li>• Enfermaria**</li> </ul>
COPARTICIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação</li> <li>• Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação</li> <li>• Hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação</li> </ul>
MODALIDADE DE PAGAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faixa etária: compulsória e opcional</li> <li>• Custo médio: compulsória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faixa etária: compulsória e opcional</li> <li>• Custo médio: compulsória</li> </ul>
INÍCIO DA VIGÊNCIA	1º dia útil do mês	1º dia útil do mês
VIGÊNCIA DO CONTRATO	24 meses	24 meses
VENCIMENTO DA FATURA	Data do início da vigência	Data do início da vigência
REAJUSTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financeiro</li> <li>• Por sinistralidade (experiência do grupo de contratos de 200 até 999 pessoas e da apólice)</li> <li>• Por faixa etária***</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financeiro</li> <li>• Por sinistralidade               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratos de 500 a 999 pessoas: experiência do grupo de contratos de 200 a 999 pessoas e da apólice</li> <li>- Contratos com 1000 ou mais pessoas: experiência do contrato</li> </ul> </li> <li>• Por faixa etária***</li> </ul>

\*Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

\*\*Exceto para os planos Premium e Nacional Plus.

\*\*\*Se contratada essa modalidade.



# Grupo Elegível

## Beneficiário Titular

- Sócios com poderes de gestão e administradores;
- Empregados, inclusive diretores;
- Estagiários;
- Trabalhadores temporários;
- 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 24 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.



## **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 no plano quando for demitido ou exonerado sem justa causa ou quando vier a se aposentar, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade.

#### **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, 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 o cancelamento do contrato.





## **Condições para manutenção do plano de saúde**

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

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

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

## **Cobrança do pagamento**

Para permanecer no plano de saúde, o beneficiário deverá arcar com o 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.

O beneficiário terá acesso, por meio da empresa ou no *site* **bradescosaude.com.br** pela área exclusiva do beneficiário, à tabela de custos correspondente ao valor a ser pago pelo plano de saúde.

## Cancelamento do plano de saúde

O plano de saúde será cancelado nas seguintes hipóteses:

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

## Portabilidade de Carências

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

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



## 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 planos de origem e destino.

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

## Como verificar a Compatibilidade entre Plano de Origem e de Destino para fins de Portabilidade?

Por meio do Guia ANS de Planos de Saúde, acessível pela página institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na internet ([www.gov.br/ans/pt-br](http://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.





# Solicitação de Estudo/Proposta

A solicitação da proposta deve ser realizada diretamente com a sucursal. Para facilitar, disponibilizamos, no Portal de Negócios, um formulário com todos os dados necessários à cotação.

Validade	
Estudo	30 (trinta) dias a partir da emissão
Proposta	60 (sessenta) dias a partir da emissão

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.

## Linhas de Planos

### Planos de saúde de abrangência nacional

#### ► Efetivo

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

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

#### ► Flex

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

## ► Ideal

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

## ► Nacional

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

Comodidade e liberdade de escolha para o beneficiário.

## ► Nacional Plus

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

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

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



## ► Premium

## bradesco saúde Concierge

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

Confira as coberturas exclusivas do plano:

- *Check-up* anual para titulares e dependentes a partir de 29 anos de idade\*;
- Fisioterapia e consulta domiciliares, por reembolso, de acordo com os limites contratuais;
- Cirurgia refrativa (correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo), independente do grau de refração;
- Escleroterapia (tratamento de pequenos vasos pela técnica convencional de aplicação), sem limite de sessões;
- Despesas do acompanhante do paciente internado, sem limite de idade.

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

## Planos de saúde de abrangência regional

### ► Regional Goiás

Pensado para oferecer um cuidado regionalizado com a qualidade que só a Bradesco Saúde tem, o plano Regional está disponível em municípios<sup>1</sup> do estado de Goiás, conta com coparticipação e benefícios como telemedicina 24h por dia e acesso facilitado a psicólogos com atendimento on-line.

### ► Rio+ e São Paulo+

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

<sup>1</sup>Abadia de Goiás, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Corumbá de Goiás, Goianápolis, Goiânia, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Leopoldo de Bulhões, Nerópolis, Nova Veneza, Pirenópolis, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo, Terezópolis de Goiás, Trindade.

<sup>2</sup>Rio de Janeiro: capital | Região Metropolitana: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, São Gonçalo e São João do Meriti. São Paulo: capital | Região Metropolitana: Arujá, Barueri, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Ferraz de Vasconcelos, Franco da Rocha, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itaquaquecetuba, Jandira, Mairiporã, Osasco, Poá, Santana do Parnaíba, Suzano e Taboão da Serra | Região do ABC: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul | Baixada Santista: Guarujá e Santos.

# Prazos para Autorização de Procedimentos Médicos

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

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

## Reembolso

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

### **Reembolso Específico, que cobre:**

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

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

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

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

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

### **ATENÇÃO!**

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

### **E a de **Reembolso Completo**, que contempla:**

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

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

No segmento Empresarial - para empresas a partir de 200 pessoas -, é possível escolher entre o reembolso específico e/ou o reembolso completo. A formação do preço de planos com a modalidade de reembolso específico, para o segmento Empresarial, está condicionada à distribuição geográfica dos beneficiários. Dessa forma, o plano com a modalidade de reembolso específico será oferecido sempre que a maior quantidade de beneficiários estiver distribuída nas regiões definidas para a comercialização dos planos com essa modalidade. Então, quanto mais pessoas ligadas à empresa contratante estiverem em região de reembolso específico, mais econômico será o plano.



## IMPORTANTE!

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

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

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

O crédito do valor a ser reembolsado será efetuado diretamente na conta-corrente do beneficiário titular.

Para que o reembolso seja efetuado com segurança, é importante que os dados da conta-corrente do beneficiário estejam sempre atualizados junto à empresa.

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

Para saber mais sobre as modalidades de reembolso, [clique aqui](#).

# Tabelas de Planos

## Considerando a modalidade de reembolso específico:

PLANO	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplo de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hospitalares		
					Paciente não Internado*		Paciente Internado					
					Honor.	Serviços	Honor.	Serviços				
NACIONAL	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	NQS5	Quarto	4	N/A	3	N/A	Nacional II	N/A		
			NQS4	Quarto	3	N/A	2	N/A		N/A		
			NQS2	Quarto	2	N/A	1	N/A		N/A		
			NQS1	Quarto	1	N/A	1	N/A		N/A		
			SNE2	Enfermaria	2	N/A	1	N/A		N/A		
			SEN1	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A		
IDEAL			SIDQ	Quarto	1	N/A	1	N/A	Ideal I	N/A		
			SIDE	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A		
FLEX			SFXQ	Quarto	1	N/A	1	N/A	Nacional Flex	N/A		
			SFXE	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A		
EFETIVO	Grupo de Municípios	Hospitalar com Obstetrícia	EQSS	Quarto	1	N/A	1	N/A	Efetivo IV	N/A		
			EESS	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A		
REGIONAL			QSGO	Quarto	1	N/A	1	N/A	Regional GO 1	N/A		
			ESGO	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A		
RIO+ e SÃO PAULO+			SBMQ	Quarto	1	N/A	1	N/A	Saúde 1+	N/A		
			SBME	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A		
NACIONAL			Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	SHNQ	Quarto	1	N/A	1	N/A	Nacional II	N/A
					SHNE	Enfermaria	1	N/A	1	N/A		N/A

N/A = Não se aplica.

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

**Clique aqui para acessar o Portal.**

## Considerando a modalidade de reembolso completo:

PLANO	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplo de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hospitalares
					Paciente não Internado*		Paciente Internado			
					Honor.	Serviços	Honor.	Serviços		
PREMIUM	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	TC9X	Quarto	20	20	20	20	Premium	1,4
			TC5X	Quarto	15	15	15	15		1,4
			TC2X	Quarto	12	12	12	12		1,4
			TC0X	Quarto	10	10	10	10		1,4
			TC8X	Quarto	8	8	8	8		1,4
			TC6X	Quarto	6	6	6	6		1,4
			TC3X	Quarto	5	5	5	5		1,4
			TC1X	Quarto	4	4	4	4		1,4
NACIONAL PLUS			CNP5	Quarto	15	12	15	15	Nacional Plus	1,4
			CNP2	Quarto	12	10	12	12		1,4
			CNPO	Quarto	10	8	10	10		1,4
			CP9X	Quarto	9	7	9	9		1,4
			CP8X	Quarto	8	6	8	8		1,4
			CP7X	Quarto	7	5	7	7		1,4
			CP6X	Quarto	6	5	6	6		1,4
			CP5X	Quarto	5	5	5	5		1,4
			CP4X	Quarto	4	4	4	4		1,4
			CP3Y	Quarto	3	3	4	3		1,4
			CP3X	Quarto	3	3	3	3		1,4
			CP2Y	Quarto	2	2	4	2		1,4
CP2X			Quarto	2	2	2	2	1,4		
NACIONAL			NQC5	Quarto	4	4	3	4	Nacional II	1
			NQC4	Quarto	3	3	2	3		1
			NQC3	Quarto	2	2	1	2		1
			NQC2	Quarto	2	2	1	2		1
			NQC1	Quarto	1	1	1	1		1
			CNE2	Enfermaria	2	1	1	2		1
			CEN1	Enfermaria	1	1	1	1		1
IDEAL	CIDQ	Quarto	1	1	1	1	Ideal I	1		
	CIDE	Enfermaria	1	1	1	1		1		
FLEX	CFXQ	Quarto	1	1	1	1	Nacional Flex	1		
	CFXE	Enfermaria	1	1	1	1		1		
EFETIVO	EQCO	Quarto	1	1	1	1	Efetivo IV	1		
	EECO	Enfermaria	1	1	1	1		1		
RIO+ e SÃO PAULO+	Grupo de Municípios	CBMQ	Quarto	1	1	1	1	Saúde 1+	1	
		CBME	Enfermaria	1	1	1	1		1	
NACIONAL PLUS	Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	PH15	Quarto	15	12	15	15	Nacional Plus	1
			PH12	Quarto	12	10	12	12		1
			PH10	Quarto	10	8	10	10		1,4
			CHP9	Quarto	9	7	9	9		1,4
			CHP8	Quarto	8	6	8	8		1,4
			CHP7	Quarto	7	5	7	7		1,4
			CHP6	Quarto	6	5	6	6		1,4
			CHP5	Quarto	5	5	5	5		1,4
			CHP4	Quarto	4	4	4	4		1,4
			CHP3	Quarto	3	3	3	3		1,4
			CHP2	Quarto	2	2	2	2		1,4
			NACIONAL	CHNQ	Quarto	1	1	1		1
CHNE				Enfermaria	1	1	1	1	1	

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

[Clique aqui](#) para acessar o Portal.

[Clique aqui](#) para consultar a documentação necessária para solicitações de reembolso.

## Prévia de Reembolso

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

Para solicitação de prévia de reembolso, o beneficiário deverá acessar o aplicativo da Bradesco Saúde, fornecer o nome técnico do procedimento ou da cirurgia a ser realizada, o orçamento da cirurgia fornecido pela equipe médica e a data do evento a ser realizado.

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

Em caso de dúvidas, o beneficiário deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento, cujo telefone consta no verso da carteirinha.

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

### ALERTA!

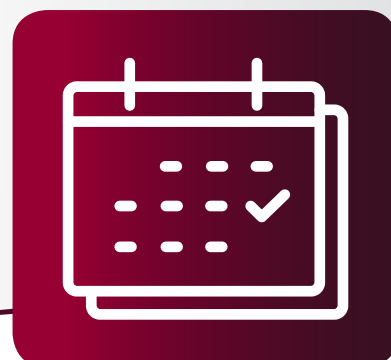
Os valores fornecidos por telefone ou pelo aplicativo Bradesco Seguros estão sujeitos a alterações quando da análise técnica dos documentos, pois é com base neles que a operadora verifica o tratamento efetivamente realizado.

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 do plano, 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 o **aplicativo Bradesco Saúde** para solicitação 100% digital do reembolso. Basta acessar: **Serviços de Reembolso > Solicitar Reembolso** e fornecer as informações solicitadas.





# Carência

## Redução de carências para beneficiários oriundos de empresas congêneres

Beneficiários vindos de planos de empresas congêneres (veja listagem adiante) poderão ter direito ao aproveitamento de carências desde que:

- Estejam em plano regulamentado pela Lei n.º 9.656/98;
- Haja compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congênera) e o plano de destino (Bradesco Saúde);
- Apresentem a última fatura do plano de origem quitada, caracterizando a inexistência de descontinuidade na cobertura; e
- Comproven o prazo de permanência no plano de origem que deverá ser de, no mínimo, 6 (seis) meses consecutivos.

Não haverá aproveitamento de carência para parto.

### Empresas congêneres:

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

A close-up photograph showing a person's hands interacting with a tablet computer. The person is wearing a dark blue long-sleeved shirt. The background is blurred, showing other people and what appears to be a meeting or office setting.

# 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 possível beneficiário - titular ou dependente - seja portador, a Bradesco Saúde aplicará a Cobertura Parcial Temporária (CPT). A aplicação da CPT deve ser precedida da concordância expressa do proponente a beneficiário titular.

A **CPT** é composta por um período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da inclusão do beneficiário, no qual ele, quando portador e sabedor de doença e 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.

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

# Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários

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

## Empresas

### Empresas/Grupo econômico

#### CONDIÇÕES

##### Empresas

- Empresa ativa;
- Mínimo 200 pessoas;
- Caso o grupo elegível possua proponentes internados, crônicos, em *home care* ou demitidos/aposentados, contate uma de nossas sucursais;
- Aceitação restrita nos casos de cartório, 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 *motoboy*s, 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;
- 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;
- A empresa subcontratante seguirá os critérios de adesão e condições praticados pela empresa contratante;
- Deve constar na proposta de plano de saúde.

#### DOCUMENTAÇÃO

- Proposta de plano de saúde (no caso de a assinatura ser representada por meio do procurador da empresa, ele deverá entregar a procuração dentro da validade e o RG);
- Boletim de implantação;
- Ficha de inclusão ou *layout* padrão para o preenchimento das informações;
- Declaração do oferecimento do plano referência;
- Cópia do cartão do CNPJ atualizado;
- Condições Gerais e anexos dos planos contratados assinados - documentação obrigatória para as comercializações realizadas pelas filiais RJ e SP; opcional para as demais sucursais;
- 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 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.
- 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.

# Empresas

## Empresas/Grupo econômico

### DOCUMENTAÇÃO (CONTINUAÇÃO)

- 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;
  - f) Protocolo de envio de conectividade;
  - g) Procuração eletrônica (se o envio da conectividade for feito por terceiros).
- SEFIP sem movimento: solicitar o FGTS sem movimento quando não houver funcionários registrados na empresa;
- Caso o campo "Situação Especial" do CNPJ esteja preenchido, encaminhar para análise da Área Negocial Matriz - Bradesco Saúde.
- Termo de Integração de subcontratante Grupo Econômico (somente quando houver), disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários).

## Congêneres

### CONDIÇÕES

- São consideradas empresas congêneres: AMIL (incluindo as linhas Lincx e One Health); Allianz; Caixa Seguros; Care Plus; Cassi Família; Mediservice; NotreDame Intermédica - GNDI; Omint; Porto Seguro; Paraná Clínicas; SulAmérica e Unimed.
- O aproveitamento de carências de empresas congêneres será analisado pela Bradesco Saúde, sendo obedecidas as seguintes regras técnicas:
- Ser um plano regulamentado pela Lei 9.656/98;
- Inexistência de descontinuidade na cobertura;
- **Para os planos Premium e Nacional Plus, adicionalmente, a Bradesco Saúde avaliará a compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congênere) e o plano de destino.**
- **Não haverá aproveitamento de carências:**
  - Nos casos de beneficiários oriundos de planos enfermaria e que optem pela contratação de plano de acomodação quarto na Bradesco Saúde;
  - De planos de origem com segmentação assistencial inferior a do plano de destino;
  - Beneficiários que permaneceram por menos de 6 (seis) meses na congênere;
  - Para cobertura de parto;
  - Para doenças e lesões preexistentes.

### DOCUMENTAÇÃO

- Carta de permanência no plano, contendo a data do efetivo cancelamento do beneficiário, assinada pela congênere. Caso não conste a data de cancelamento, serão aceitas cartas emitidas até 30 (trinta) dias antes da quitação da CCB; ou
- 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 seguro 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.

## Empresas

### Prestador de serviço (Pessoa Jurídica)

#### CONDIÇÕES

- Empresa ativa;
- Será incluído como subcontratante e seguirá os critérios de adesão e condições praticados pela empresa contratante. O pagamento será de responsabilidade do contratante;
- Deve constar na proposta de plano de saúde.

#### DOCUMENTAÇÃO

- Contrato de prestação de serviço com vigência mínima de 12 (doze) meses;
- Três últimas notas fiscais. Para os casos em que a prestação de serviço for inferior a 3 (três) meses, deverá ser apresentada a quantidade de notas fiscais proporcional ao tempo de início de prestação estabelecido entre as partes;
- Atos constitutivos da empresa prestadora de serviços (FGTS, CNPJ, Contrato Social e suas alterações ou Contrato Consolidado) registrados na Junta Comercial ou no RCPJ;
- Termo de Integração de Subcontratante Prestador de Serviço, enviado pela Área de Relacionamento, conforme demanda.
- Proponentes na condição de contrato intermitente, adicionalmente:
  - a) Comprovação por meio da CTPS;
  - b) Cópia do contrato de trabalho com firma reconhecida em cartório.

## Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

### Empregados, inclusive diretores

#### CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

#### DOCUMENTAÇÃO

- FGTS atualizado e quitado;
- Trabalhador temporário:
  - a) constar no FGTS com a categoria 04;
  - b) contrato de trabalho registrado.
- Funcionário recém-admitido não relacionado no FGTS deverá enviar Carteira de Trabalho devidamente assinada;
- Registro de Empregado devidamente autenticado pelo órgão competente ou Carteira de Trabalho;
- Ficha de inclusão.

### Sócios com poderes de gestão e administradores

#### CONDIÇÕES

Deve constar no Contrato Social.

#### DOCUMENTAÇÃO

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



# Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

## 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.

## Afastado

### CONDIÇÕES

Devem fazer parte do plano.

### DOCUMENTAÇÃO

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

## Demitidos e aposentados

### CONDIÇÕES

Somente com extensão de benefício legal, concedido pela empresa.

### DOCUMENTAÇÃO

#### Implantação do contrato

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

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

- a) rescisão contratual;
  - b) formulário com numeração "8300-044E", disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários);
- Ficha de inclusão, nos casos de inclusão no momento da implantação do contrato.

#### Durante a vigência do contrato na Bradesco Saúde

- Documento comprobatório da demissão/aposentadoria;
- 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

## Expatriado/Estrangeiro

### CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

### DOCUMENTAÇÃO

Documentos descritos nos itens “Empregados, inclusive Diretores”, “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.

## Menor aprendiz

### CONDIÇÕES

Entre 14 e 24 anos de idade.

### DOCUMENTAÇÃO

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

## Dependentes

### CONDIÇÕES

- **Cônjuge**;
- **Companheiro(a)** havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- **Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados)** até 24 anos, 11 meses e 29 dias de idade como dependentes no plano de saúde, independente de serem ou não universitários;
- **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 da carta deve ser solicitado à operadora), pedindo a inclusão;
- **Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 24 anos, 11 meses e 29 dias de idade como dependentes no plano de saúde, independente de serem ou não universitários**: Certidão de Nascimento ou Registro Geral (RG);
- **Declaração de matrícula da Instituição de Ensino Superior**;
- **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**.

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

# Diferenciais da Bradesco Saúde

## Meu Doutor

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



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

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

**Saiba mais sobre o Meu Doutor aqui.**

## Projeto Afinidade

Para reforçar ainda mais a parceria e o relacionamento com o contratante, a Bradesco Saúde oferece o Projeto Afinidade, mediante prévia negociação.

Trata-se de uma forma de comunicação com os colaboradores e familiares que possibilita à empresa ter sua identidade reforçada por meio da carteirinha com a logomarca da empresa juntamente com a logomarca da Bradesco Saúde. Esse diferencial está disponível para contratos a partir de 3.000 pessoas. Para mais informações, consulte a operadora.



## 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 Contratação de Plano Odontológico

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

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

## Bradesco Saúde Concierge

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

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

Confira os serviços Bradesco Saúde Concierge:

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

Para saber mais, acesse [bradescosaudeconcierge.com.br](https://bradescosaudeconcierge.com.br).

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

# bradesco saúde Concierge



## Ferramenta de Gestão

### 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.

## Webtran

Essa ferramenta permite enviar informações relacionadas a eventos ou dados cadastrais diretamente do sistema da Bradesco Saúde para um computador pessoal. Com acesso feito pela internet, permite o *download* dos seguintes arquivos: eventos pagos, extrato de utilização do beneficiário, fatura técnica e valores de coparticipação para desconto no sistema de folha de pagamento.

## Programa Juntos pela Saúde

Com esse projeto, a Bradesco Saúde apoia e orienta empresas na identificação, formulação e implementação de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Dentre elas, estão gerenciamento de pacientes com doenças crônicas, *screening* e questionários de avaliação, *check-up* executivo, saúde ocupacional, palestras, imunização, programa de benefício de medicamentos, campanha anual de vacinação, gestação saudável, antitabagismo, orientação médica por telefone, dentre outras ações que podem ser construídas de acordo com a necessidade de cada cliente.



## Coberturas Extra Rol

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

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

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

## Coberturas Adicionais

As empresas poderão contratar coberturas adicionais não contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dentre essas coberturas, estão: saúde ocupacional, escleroterapia, *check-up* preventivo e vacinas. Também será possível ampliar os limites de determinadas coberturas.

## Cobertura para Remissão

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

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

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

## Seguro Viagem Bradesco

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, considerando os limites estabelecidos em contrato, 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

## 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 planos e serviços comercializados. São informações públicas aquelas de caráter institucional do Grupo Bradesco Seguros, endereços e telefones de sucursais, corretores e prestadores de serviços vinculados ao negócio, horários de funcionamento das sucursais e canais de atendimento, endereços de *sites* do Grupo Bradesco Seguros, dentre outras.

- **0800 727 9966**

---

## Atendimento Acessível em Libras

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

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

[Clique aqui para iniciar uma chamada.](#)

## Central de Relacionamento com Cliente Concierge

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

- **4004 2726** (capitais e regiões metropolitanas)
  - **0800 701 2726** (demais localidades)
- 

## Ouvidoria

Além dos canais mencionados anteriormente, a Bradesco Seguros dispõe de uma ouvidoria. Trata-se de um sistema exclusivo de relacionamento com os clientes e corretores, destinado a receber e a responder a reclamações, sugestões e elogios. A ótima relação com seus clientes e a excelência no atendimento são prioridades absolutas da Bradesco Seguros. A ouvidoria foi instituída para garantir um atendimento de qualidade, nos segmentos de Saúde, Previdência Complementar Aberta e Capitalização, em qualquer canal de comunicação: telefone, *e-mail*, carta etc.

O prazo de resposta é de até 5 (cinco) dias úteis.

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, entre em contato diretamente por telefone, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 8h às 18h (horário de Brasília).

- **0800 701 7000**
- 

## Portal Bradesco Seguros para Empresas (Área do Contratante)

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

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



## Portal Bradesco Seguros para Beneficiários (Área do Beneficiário)

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

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

## Portal Bradesco Seguros para Corretores (Portal de Negócios)

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

- Cadastro de produtores;
- Informações sobre produtos;
- Listas de rede por linha de planos;
- Materiais de apoio;
- Solicitação de estudo Bradesco Saúde Empresarial.

### Planos registrados na ANS sob os números:

443110033 Bradesco Saúde Hospitalar NPlus Q CE A - 497477238 Bradesco Saúde Nacional Flex E CE R3 - 497476230 Bradesco Saúde Nacional Flex E CE copart R3 - 497479234 Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE R3 - 497478236 Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE copart R3 - 497481236 Bradesco Saúde Nacional II E CE R3 - 497480238 Bradesco Saúde Nacional II E CE copart R3 - 497485239 Bradesco Saúde Nacional II Q CE R3 - 497484231 Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart R3 - 497470231 Bradesco Saúde Efetivo IV E CE R3 - 497469237 Bradesco Saúde Efetivo IV E CE copart R3 - 497471239 Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE R3 - 497463238 Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE copart R3 - 497467231 Bradesco Saúde 1+ E CE R3 - 497466232 Bradesco Saúde 1+ E CE copart R3 - 497468239 Bradesco Saúde 1+ Q CE R3 - 497464236 Bradesco Saúde 1+ Q CE copart R3 - 497473235 Bradesco Saúde Ideal E CE R3 - 497472237 Bradesco Saúde Ideal E CE copart R3 - 497475231 Bradesco Saúde Ideal Q CE R3 - 497474233 Bradesco Saúde Ideal Q CE copart R3 - 497486237 Bradesco Saúde Nacional II Hospitalar E CE R3 - 497465234 Bradesco Saúde Nacional II Hospitalar Q CE R3 - 465463113 Bradesco Saúde Premium Q CE A - 441999035 Bradesco Saúde Top NPlus Q CE A - 445621031 Bradesco Saúde Top NPlus Q CE copart B - 497532234 Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE R1 - 497533232 Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE copart R1 - 497536237 Bradesco Saúde Nacional Flex E CE R1 - 497538233 Bradesco Saúde Nacional Flex E CE copart R1 - 497528236 Bradesco Saúde Nacional II Q CE R1 - 497551231 Bradesco Saúde Nacional II Q CE copart R1 - 497531236 Bradesco Saúde Nacional II E CE R1 - 497535239 Bradesco Saúde Nacional II E CE copart R1 - 497539231 Bradesco Saúde Efetivo IV E CE R1 - 497540235 Bradesco Saúde Efetivo IV E CE copart R1 - 497541233 Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE copart R1 - 497537235 Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE R1 - 497529234 Bradesco Saúde 1+ E CE copart R1 - 497548231 Bradesco Saúde 1+ Q CE R1 - 497549239 Bradesco Saúde 1+ Q CE copart R1 - 497550232 Bradesco Saúde 1+ E CE R1 - 497542231 Bradesco Saúde Ideal E CE R1 - 497543230 Bradesco Saúde Ideal E CE copart R1 - 497544238 Bradesco Saúde Ideal Q CE R1 - 497547232 Bradesco Saúde Ideal Q CE copart R1 - 497545236 Bradesco Saúde Nacional II Hospitalar Q CE R1 - 497546234 Bradesco Saúde Nacional II Hospitalar E CE R1.



## Sobre o 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, o Bradesco Dental atua há anos levando saúde bucal para milhares de pessoas. Para isso, contamos com uma rede com 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 penetração dos planos odontológicos nos pacotes de benefícios das empresas:** inicialmente restrito às grandes corporações, o benefício dental cresce de forma contínua em organizações de médio e pequeno porte.
- ✓ **As oportunidades representadas pelo interesse crescente de novos canais de distribuição,** como corretores 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 Empresarial



Cobertura  
do produto  
empresarial



Movimentação  
Expressa SPG



Demais serviços  
- Cartões virtuais



Apoio à venda  
- Propostas  
- Manuais dos  
produtos  
- Folheteria



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

Acesse o *link* no Portal Bradesco Seguros:  
**[www.bradescoseguros.com.br/portaldenegocios](http://www.bradescoseguros.com.br/portaldenegocios)**.

# Pós-venda

## Bradesco Dental Empresarial

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

### Para a Área de Recursos Humanos

Células de Atendimento Multifuncionais compostas por membros dos mais diversos departamentos da Companhia, que estão sempre atentos 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;
- Cancelamento de 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:

- CRC – Central de Relacionamento – **4002 4700** (capitais e regiões metropolitanas)/**0800 701 2700** (demais regiões) – 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 das sucursais Bradesco:

- **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 Empresarial

Criado para atender ao segmento empresarial a partir de 200 pessoas, que precisa de um plano completo e flexível que se adapte às suas necessidades, foi desenvolvido o Bradesco Dental Empresarial, um plano que possui atendimento em âmbito nacional e condições altamente vantajosas, como:

- Ampla rede credenciada nacional com mais de 27 mil cirurgiões-dentistas altamente qualificados.
- Livre escolha de prestadores, com reembolso de despesas dos procedimentos cobertos de acordo com o plano contratado.
- Diversas opções de planos odontológicos com coberturas abrangentes, superiores aos procedimentos mínimos obrigatórios por lei.
- Contratação compulsória ou opcional (adesão).
- Planos com ou sem coparticipação e com possibilidade de isenção total de carências: o plano passa a valer logo após a contratação.
- Ferramentas de gestão que permitem mais agilidade e transparência na administração do plano.
- Desconto especial ao ser contratado conjuntamente com o plano Bradesco Saúde, oferecendo ainda uma série de vantagens à empresa como: emissão de fatura única, movimentação cadastral integrada e um único cartão que é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.

## Planos Bradesco Dental Empresarial:

- Essencial
- Essencial Plus
- Essencial Top
- Premium
- Premium Plus
- Premium Top\*
- Premium Top - Implantes

# Planos

**ESSENCIAL:** Possui 187 eventos cobertos.

**ESSENCIAL PLUS:** Possui 197 eventos cobertos.

**ESSENCIAL TOP** Possui 261 eventos cobertos.

**PREMIUM:** Possui 209 eventos cobertos.

**PREMIUM PLUS:** Possui 212 eventos cobertos.

**PREMIUM TOP:** Possui 304 eventos cobertos.

**PREMIUM TOP -  
IMPLANTES:** Possui 329 eventos cobertos.

PLANO/ PROCEDIMENTO	Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS	Ortodontia	Prótese Básica	Prótese Fixa Unitária	Prótese Completa	Implantes
Essencial	x					
Essencial Plus	x					
Essencial Top	x	x				
Premium	x		x			
Premium Plus	x		x	x		
Premium Top	x	x	x	x	x	
Premium Top Implantes	x	x	x	x	x	x

\*As informações contidas nesse quadro são indicativas.  
Os direitos e as obrigações encontram-se estabelecidos nas Condições Gerais do plano contratado.



**Diagnósticos:** consultas



**Emergência/urgência:** alívio de dor



**Dentística:** obturações e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro



**Odontopediatria:** tratamentos especializados para crianças



**Radiologia:** raio-X



**Prevenção:** limpeza dos dentes



**Periodontia:** tratamentos de gengiva inclusive raspagens



**Endodontia:** tratamento e retratamento de canais



**Cirurgia:** extrações realizadas em consultório



**Prótese:** garantida pelo rol mínimo da legislação, tais como núcleo e restauração metálicos fundidos e coroas totais (provisória, unitária, metálica e em cerômero para dentes anteriores)



**Ortodontia:** aparelho, documentação e manutenção ortodôntica



## Abrangência

O plano tem abrangência nacional com rede credenciada de clínicas e dentistas que atenderão a Bradesco Dental sob a designação de Rede UNNA, Rede Vital e Rede Principal.

## Modalidade de Inclusão

### **Inclusão Compulsória ou Automática**

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 apenas para um determinado grupo homogêneo de colaboradores.



### **Inclusão Espontânea ou Opcional:**

(exclusivamente para empresas a partir de 100 pessoas)

A partir do início da vigência, haverá um prazo de 30 (trinta) dias para que os colaboradores e seus dependentes possam optar pela inclusão no contrato, conforme regras específicas negociadas entre as partes.

Essa modalidade condiciona a adesão mínima de 30% da população elegível, desde que não seja inferior a 50 pessoas.

### **Inclusão Mista**

(compulsória para titulares e opcional para dependentes):

A empresa contratante subsidia integralmente o benefício para os seus colaboradores e oferece a eles a possibilidade de inclusão opcional dos seus dependentes, com o custeio desses assumido pelo titular, com desconto em folha de pagamento.

# Formas de Contratação

Diferentes formas de contratação, nas modalidades de pré e pós-pagamento, para que a sua empresa tenha um plano odontológico ainda mais adequado às necessidades de seus colaboradores.

## Inclusão Compulsória ou Automática

- **Pré-pagamento:** o valor da mensalidade é previamente calculado de acordo com as necessidades da empresa contratante.
- **Pós-pagamento:** o faturamento é concluído após análise periódica dos custos dos serviços que os beneficiários utilizaram, acrescido de tributos e de uma taxa de administração previamente acordada com a empresa contratante.

# 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.

O valor da contribuição mensal poderá ser reajustado por sinistralidade, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato.

# Vigência e Renovação do Contrato



A vigência padrão 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 qualquer outro valor por esse motivo.

# Grupo Elegível

## Beneficiário Titular

- Pessoas que tenham vínculo empregatício comprovado com o contratante 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

Com o intuito de oferecer ainda mais opções de escolha de profissionais aos nossos clientes, temos a maior rede do Grupo Odontoprev em relação ao número de credenciados, com mais de 27 mil profissionais presentes em mais de 2,6 mil cidades do país. Essa rede é ideal para clientes que buscam uma amplitude de escolha em relação aos profissionais para atendimento.

- Municípios: 2.600
- Credenciados: 27.000

## 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](mailto:solicitacoes@redeunna.com.br)**.

## Solicitação de Estudo/Proposta

O estudo/proposta deve ser solicitado diretamente na sucursal.

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 **dental.bradesco**.

#### **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\*.

\*Para as inclusões na modalidade opcional, existe um prazo de carência para as inclusões posteriores aos 30 (trinta) dias do período de elegibilidade.

## 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). Em caso de Contrato Social, o responsável por assinar deverá ser aquele que consta na “cláusula administrativa” ou “gerência” (em conjunto ou separadamente). A assinatura não poderá estar rubricada;
- Assinada e carimbada pelo(a) corretor(a);
- Devidamente preenchida:
  - Dados do contratante: em conformidade com o cartão CNPJ;
  - Sucursal (novo código);
  - Agência/dígito e conta-corrente/dígito caso a opção seja débito automático;
  - Categoria funcional;
  - Número de usuários que adentrarão ao plano;
  - Local e data.



## 2º Ficha de Inclusão

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

## 3º Documentos Necessários da Empresa

- **Em caso 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).
- **Se Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (EIRELI):** 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);
- **Em caso de condomínio:** ATA contendo a última nomeação do síndico e RG do síndico para comprovação de assinatura.
- **Em casos de cooperativas e associações:** Estatuto; ATA contendo a última nomeação do presidente/diretoria e RG do presidente para comprovação de assinatura.

## 4º Cartão CNPJ

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

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

# Diferenciais Bradesco Dental

## **Custo-benefício que faz valer o Investimento da Empresa**

Investir na saúde é essencial para a motivação dos colaboradores de uma empresa, e os cuidados bucais não podem ficar de fora. Os planos Bradesco Dental têm excelente relação custo-benefício, o que valoriza o investimento das empresas sem pesar no orçamento.

## **Ampla Rede Credenciada**

Mais de 27 mil profissionais cadastrados distribuídos em cerca de 2,5 mil municípios em todo o Brasil.



## **Flexibilidade na Contratação**

Compulsória ou opcional (adesão).



## **Solidez, Confiança e Credibilidade da Marca Bradesco**

**Ferramentas de Gestão por meio do *site dental.bradesco* que facilitam a Vida do RH e o Gerenciamento do Plano.**

## Portal Bradesco Dental (Benefícios *On-line*)

Existem várias informações disponíveis para os beneficiários por meio do *site dental.bradesco*:

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



## Programa de Prevenção e Promoção da Saúde Bucal

Informações atualizadas sobre assuntos que vão desde ensinamento básico de saúde até temas atuais. Sempre com o foco na prevenção, são desenvolvidos materiais educativos, campanhas e palestras.

## Desconto Especial ao ser Contratado com o Plano de Saúde

- Cartão único que é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.
- Emissão de fatura integrada.
- Movimentação cadastral única.

## Estrutura Exclusiva de Atendimento

Incomparável estrutura de profissionais e recursos para atender às demandas da área de Recursos Humanos.



## Projeto Afinidade

Para reforçar ainda mais a parceria e o relacionamento, a Bradesco Dental oferece o Projeto Afinidade, mediante prévia negociação.

Trata-se de uma forma de comunicação com os colaboradores e familiares que possibilita à empresa ter sua identidade reforçada por meio do cartão de identificação com a logomarca da empresa juntamente com a logomarca da Bradesco Dental. Esse diferencial está disponível para contratos a partir de 3.000 pessoas.

## Gestão da Qualidade

100% dos tratamentos realizados são analisados pelos dentistas da área de Gestão da Qualidade.

## Livre Escolha de Prestadores

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

## Planos com ou sem Coparticipação e com Possibilidade de Isenção Total de Carências

O plano passa a valer logo após a contratação.

# Canais Importantes

Com a finalidade de garantir conforto e segurança, disponibilizamos canais de comunicação específicos para atender às necessidades dos clientes de forma simples e rápida.

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).

- **4002 4700** (capitais e regiões metropolitanas)/**0800 701 2700** (demais regiões) – disponível 24 horas 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 772 2073** (atendimento em dias úteis, das 8 às 18 horas)

---

## Portal Bradesco Dental para o Beneficiário

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

---

## Portal Bradesco Dental para Empresas

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





## **Bradesco Saúde**

### **Central de Relacionamento**

Capitais e regiões metropolitanas – 4004 2700  
Demais regiões – 0800 701 2700  
Consultas, informações e serviços transacionais  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

### **Whatsapp Clientes** – (21) 4004-2702

Atendimento Saúde: 24 horas, 7 dias por semana.

### **SAC** - 0800 727 9966

Reclamações, cancelamentos e informações  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

### **Ouvidoria** – 0800 701 7000

Elogios, sugestões ou reclamações  
Atendimento de seg. a sex., das 08h às 18h, exceto feriados

### **Atendimento Acessível em Libras**

Clique aqui.

### **bradescosaude.com.br**

Siga a Bradesco Saúde nas redes sociais:



**bradesco**  
saúde

Com Você. Sempre.

## **Bradesco Dental**

### **Central de Relacionamento**

Capitais e regiões metropolitanas – 4004 2700  
Demais regiões – 0800 701 2700  
Informações e serviços transacionais para clientes de contratos empresariais  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

### **SAC** - 0800 600 2894

Reclamações, cancelamentos e informações para clientes de contratos empresariais  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

### **Ouvidoria** – 0800 772 2073

Elogios, sugestões ou reclamações  
Atendimento de seg. a sex., das 08h às 18h, exceto feriados

### **Atendimento às Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala**

0800 722 2191

### **bradescoseguros.com.br/clientes/produtos/plano-dental**

Siga a Bradesco Seguros nas redes sociais:

As informações e as imagens contidas neste material são indicativas. Os direitos e as obrigações das partes encontram-se nas Condições Gerais do produto contratado. Todos os serviços estão sujeitos a limites e especificações estabelecidos no contrato. A Bradesco Saúde não comercializa planos individuais.

**Bradesco Saúde S.A.** - CNPJ: 92.693.118/0001-60 (ANS - n.º 005711). Lei n.º 12.741/12 sobre tributos incidentes. PIS: 0,65%; COFINS: 4,00%<sup>1</sup> e IOF: 2,38%. <sup>1</sup>Apurados e recolhidos nos termos da legislação aplicável.

**Bradesco Saúde Operadora de Planos de Saúde S.A.** - CNPJ: 15.011.651/0001-54 (ANS - n.º 421715). Lei n.º 12.741/12 sobre tributos incidentes. PIS: 0,65%; COFINS: 4,00%<sup>1</sup> e ISS: 2%<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Apurados e recolhidos nos termos da legislação aplicável.

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%.