

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	9
• Modalidade de Pagamento	9
• Reajuste por Mudança de Faixa Etária	10
• Condições Contratuais	11
• Grupo Elegível	12
• Solicitação de Estudo/Proposta	18
• Linhas de Planos	18
• Tabela de Planos	21
• Prazos para Autorização de Procedimentos Médicos	22
• Reembolso	22
• Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)	30
• Implantação do Contrato e Inclusão de Beneficiários	32
• Diferenciais da Bradesco Saúde	38
• Canais Importantes	45

DENTAL

• Sobre a Bradesco Dental	48
• Relacionamento Bradesco Dental - Corretor	50
• Pós-venda Bradesco Dental Empresarial	51
• Planos Bradesco Dental Empresarial	52
• Planos	53
• Abrangência	55
• Modalidade de Inclusão	55
• Formas de Contratação	56
• Reajuste do Contrato	56
• Vigência e Renovação do Contrato	56
• Grupo Elegível	57
• Rede UNNA	58
• Solicitação de Estudo/Proposta	59
• Reembolso	59
• Carência	63
• Documentação Necessária para Implantação do Contrato	63
• Diferenciais da Bradesco Dental	65
• Canais Importantes	68

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 a serem observadas para o fechamento de novos negócios.

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

Atenciosamente,

Bradesco Saúde

Sobre a Bradesco Saúde

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

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

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

A Bradesco Saúde é controladora integral da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de pós-pagamento e compartilhamento de rede.

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



Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor

Portal de Negócios

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

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

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



Perfil de Clientes



Material de Apoio à Venda



Informe de Rendimentos



Novidades em Produtos e Serviços



Rede Referenciada



Solicitação de Estudo



Cadastro de Produtores

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

Pós-venda por Intermédio de Equipe Dedicada

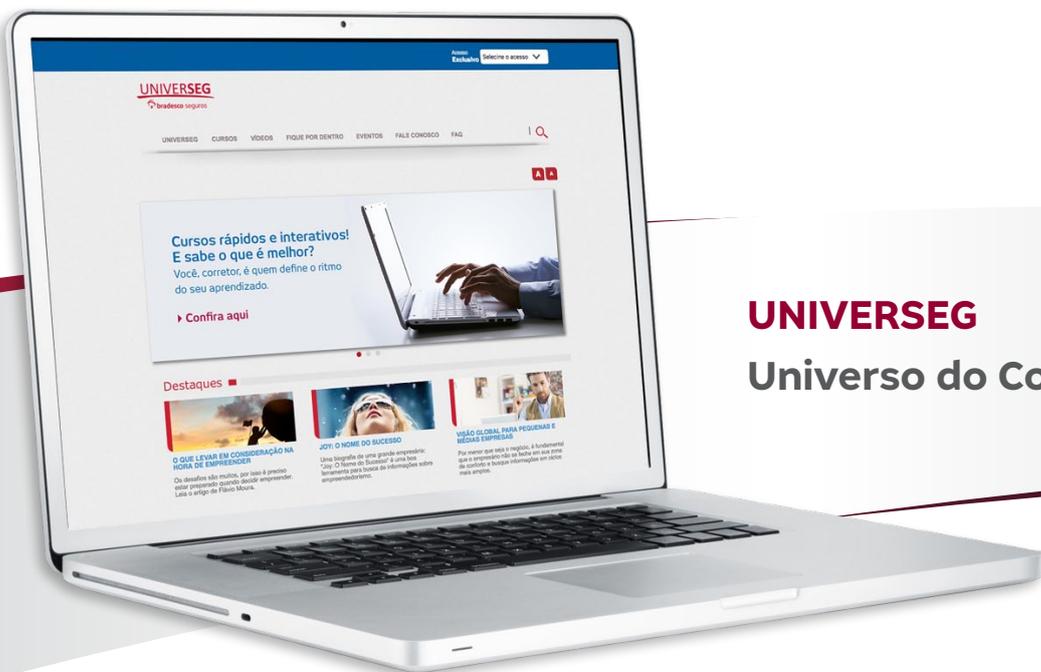
A Bradesco Saúde mantém uma estrutura de pós-venda, por intermédio de equipe exclusiva localizada nas sucursais, voltada para o suporte aos corretores e clientes e habilitada a fornecer as informações e o atendimento necessários à manutenção do plano de saúde.



Universeg

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

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



UNIVERSEG
Universo do Conhecimento Seguro

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

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

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

Disponível para todos os planos.



Hospitalar com Obstetrícia

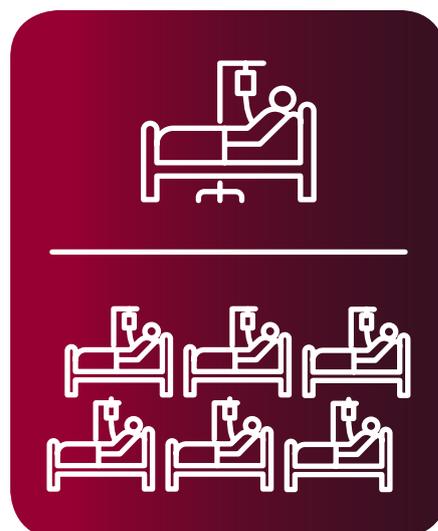
Planejado para atender, principalmente, aos eventos relacionados a grandes riscos do segmento hospitalar com obstetrícia. Garante a cobertura de despesas médicas e hospitalares relativas a internações clínicas ou cirúrgicas.

Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

Acomodações

A Bradesco Saúde disponibiliza dois padrões de acomodação hospitalar:

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



Coparticipação



Coparticipação Ambulatorial

É um mecanismo de regulação em que o beneficiário participa financeiramente no valor dos procedimentos cobertos relativos a pequeno risco (consultas, exames e terapias).

São diversas opções de percentuais, e a coparticipação será limitada a 30% (trinta por cento) do valor do evento.

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"> • Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia • Hospitalar com obstetrícia* 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia • Hospitalar com obstetrícia*
ACOMODAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Quarto individual • Enfermaria** 	<ul style="list-style-type: none"> • Quarto individual • Enfermaria**
COPARTICIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação • Hospitalar com obstetrícia: sem coparticipação 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação • Hospitalar com obstetrícia: sem ou com coparticipação
MODALIDADE DE PAGAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa etária: compulsória e opcional • Custo médio: compulsória 	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa etária: compulsória e opcional • Custo médio: compulsória
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"> • Financeiro • Por sinistralidade (experiência do grupo de contratos de 200 até 999 pessoas e da apólice) • Por faixa etária*** 	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro • Por sinistralidade <ul style="list-style-type: none"> - Contratos de 500 a 999 pessoas: experiência do grupo de contratos de 200 a 999 pessoas e da apólice - Contratos com 1000 ou mais pessoas: experiência do contrato • Por faixa etária***

*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 195, da ANS.

Beneficiário Dependente

- Cônjuge;
- Companheiro(a): havendo união estável na forma da lei, sem concorrência com o cônjuge;
- Filhos: solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 24 anos, 11 meses e 29 dias de idade;
- Filhos inválidos, de qualquer idade, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular.

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 franquia paga única e exclusivamente na utilização de procedimentos cobertos pelo plano de saúde.

ALERTA!

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

Período de manutenção do plano de saúde

Rescisão ou exoneração sem justa causa

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

Aposentadoria

- **Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for inferior a 10 (dez) anos:** o beneficiário poderá permanecer no plano por período correspondente a 1 (um) ano para cada ano de contribuição.
- **Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for igual ou superior a 10 (dez) anos:** nesse caso, é garantida a permanência do beneficiário no plano por prazo indeterminado.

ALERTA!

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

Caso a empresa tenha contratado planos com mais de uma operadora, 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 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 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.

*Modalidade de pagamento disponível a partir do SPG 100.

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

Cancelamento do plano de saúde

O plano de saúde será cancelado nas seguintes hipóteses:

- a) Ao fim dos prazos estabelecidos no item Período de Manutenção do Plano de Saúde;
- b) Por solicitação formal do beneficiário à empresa, mediante comunicação dessa à operadora;
- c) Se o beneficiário (demitido ou aposentado) deixar de efetuar o pagamento por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do plano de saúde;
- d) Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do plano de saúde, mediante apresentação de prova pela operadora e comunicação escrita à empresa;
- e) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
- f) Se o contrato 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 412/2016, da ANS.

Portabilidade de Carências

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

Os sistemas de movimentação da Bradesco Saúde 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 ANS na internet (www.gov.br/ans/pt-br). A operadora do plano de origem deverá fornecer aos beneficiários todas as informações que sejam necessárias ao exercício da portabilidade, tais como, mas não se limitando a, data de vinculação ao plano de origem, número do registro da operadora e número do registro do plano.

ALERTA!

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

Solicitação de Estudo/Proposta

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 Bradesco Saúde Efetivo possui uma rede de prestadores reconhecidos, concentrada em cidades selecionadas, preservando os benefícios de um plano de abrangência nacional, aliada a custos competitivos.

► Flex

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

► Ideal

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

► Nacional

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

► Nacional Plus

O plano oferece atendimento nos principais hospitais de excelência em todo o país, somado ao conforto do Bradesco Saúde Concierge* para beneficiários residentes nas cidades de São Paulo (SP), Rio de Janeiro e Resende (RJ), Belo Horizonte (MG) e Salvador (BA). Há maior flexibilidade na escolha de padrão de reembolso para atendimento no Brasil e no exterior.

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

► Premium



bradesco saúde concierge
a arte de cuidar bem da sua saúde

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

Confira as coberturas exclusivas do plano:

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

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

Planos de saúde de abrangência regional

► Rio+ e São Paulo+

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

Tabela de Planos

PLANO	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplo de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hospitalares
					Paciente não Internado		Paciente Internado			
					Honor.	Serviços	Honor.	Serviços		
PREMIUM	Nacional		TP06	Quarto	6	6	12	6	Premium	1.4
			TP08	Quarto	8	8	14	8		
			TP10	Quarto	10	10	15	10		
NACIONAL PLUS*	Nacional		NP03	Quarto	3	3	6	3	Nacional Plus	1.4
			NP04	Quarto	4	4	8	4		
			NP05	Quarto	5	5	10	5		
			NP06	Quarto	6	6	12	6		
			NP08	Quarto	8	8	14	8		
NACIONAL*	Nacional	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia	TNE1	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional	1
			EN07	Enfermaria	2	1	1	1		
			EN17	Enfermaria	2	1	2	1		
			TNQ2	Quarto	1	1	2	1		
			TQN2	Quarto	2	2	2	2		
			TQN3	Quarto	3	3	3	3		
			QN06	Quarto	2	1	2	1		
			QN16	Quarto	4	4	4	4		
			QN18	Quarto	6	6	6	6		
			QN25	Quarto	5	5	5	5		
FLEX	Nacional		FXE1	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional Flex	1
			FXQ2	Quarto	1	1	2	1		
EFETIVO	Nacional		EE04	Enfermaria	1	1	1	1	Rede Efetivo IV	1
			EQ04	Quarto	1	1	2	1		
RIO+ e SÃO PAULO+*	Grupo de Municípios		BME1	Enfermaria	1	1	1	1	Saúde 1+	1
			BMQ1	Quarto	1	1	2	1		
NACIONAL PLUS	Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	HNP3	Quarto	3	3	6	3	Nacional Plus	1.4
			HNP4	Quarto	4	4	8	4		
			HNP5	Quarto	5	5	10	5		
			HNP6	Quarto	6	6	12	6		
			HNP8	Quarto	8	8	14	8		
NACIONAL	Nacional		HNE1	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional	1
			HNQ2	Quarto	1	1	2	1		

*Para o Nacional Plus e o Nacional Quarto, existem outras opções de reembolso. Para mais informações, contate a operadora.

Prazos para Autorização de Procedimentos Médicos

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

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

Reembolso

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

Os pedidos de reembolso podem ser feitos diretamente pelo Portal Bradesco Seguros ou pelo aplicativo Bradesco Saúde, sem necessidade de envio de documentação física.

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.

Documentação Necessária para Solicitação de Reembolso:

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

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

Consulta médica

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

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



Exames

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

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

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

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

Procedimentos ambulatoriais

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



- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, deverá ser apresentada a correspondente indicação clínica, contendo a descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados para cada uma delas e os resultados dos principais exames pré e pós-operatórios;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório, se houver;
- d) Recibo, quitado, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo);
- e) Nota Fiscal, quitada, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, razão social e CNPJ do estabelecimento; ou
- f) Relatório indicando o valor cobrado por cada integrante da equipe médica e seu grau de participação na cirurgia ou discriminação item a item dos serviços, despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos valores unitários.

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

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

Internação, inclusive as de natureza obstétrica

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

Honorários médicos

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

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

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



Fisioterapia, sessões de acupuntura, psicologia, fonoaudiologia, RPG ou terapia ocupacional e nutrição

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

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no CRM, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período de tempo); além de recibo, quitado, contendo: nome do paciente, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição da terapia e dados do profissional que realizou a terapia (nome, CPF e número de inscrição no respectivo Conselho Regional - CREFITO-F, CRP/CRM, CRFa, CREFITO-TO, CRN, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou
- b) Nota Fiscal, quitada, contendo, além de todas as informações descritas na alínea anterior, razão social e CNPJ do estabelecimento onde foi/foram realizada(s) a(s) sessão(ões) de terapia. Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o relatório médico, descrito na alínea "a", deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão. Quando for realizada fisioterapia, adicionalmente, deverá ser enviado laudo relacionado à patologia, se houver, e que justifique a indicação da referida terapia.

ALERTA!

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

Prévia de Reembolso

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

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

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

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

ALERTA!

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

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

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

Prazo para cálculo da prévia do reembolso:

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



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 canais para solicitação 100% digital do reembolso, tais como:

- **Aplicativo Bradesco Saúde**
Serviços de Reembolso > Solicitar Reembolso > forneça as informações solicitadas; e
- **Portal Bradesco Seguros**
Na área exclusiva do beneficiário.



Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Aproveitamento de Carências de Empresas Congêneres

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

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

Não haverá aproveitamento de carência para parto.

Empresas congêneres:

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



CPT - Cobertura Parcial Temporária

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

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

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 *motoboys*, empresas de segurança e empresas de transportes de produtos perigosos.
- No caso de plano na modalidade compulsória, não será aceita a apresentação de plano de saúde contratado pelo mesmo empregador para justificar a não adesão de sócio ou funcionário. O grupo deverá ser cotado na modalidade opcional.

Grupo Econômico

- Empresa ativa;
- 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).

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 últimos comprovantes de pagamento;
- Atos constitutivos da empresa prestadora de serviços (FGTS, CNPJ, Contrato Social e suas alterações ou Contrato Consolidado) registrados na Junta Comercial ou no RCPJ;
- Termo de Integração de subcontratante Prestador de Serviço, enviado pela Área de Relacionamento, conforme demanda.
- Proponentes na condição de contrato intermitente, adicionalmente:
 - a) Comprovação por meio da CTPS
 - b) Cópia do contrato de trabalho com firma reconhecida em cartório.

Empresário Individual (EI)

CONDIÇÕES

- Aceitação de proponentes na condição de subcontratante, registrados como EI no CNPJ e nos órgãos competentes há, no mínimo, 6 (seis) meses, independente de sua forma de constituição (MEI - Microempreendedor Individual, ME - Microempresário, EPP - Empresário de Pequeno Porte) ou outros.

DOCUMENTAÇÃO

- CNPJ indicando, no campo "Código e Descrição da Natureza Jurídica", a informação 213-5 Empresário Individual, e desde que esteja em situação cadastral "ativa";
- Documento que comprove sua inscrição na Junta Comercial ou, no caso de Empresário Individual (EI), será aceito, em substituição, o Certificado da Condição do Microempreendedor Individual - CCMEI, emitido por meio do Portal do Empreendedor - MEI;
- Declaração para contratante "Empresário Individual" (o modelo da declaração deve ser solicitado à operadora);
- Para a manutenção do contrato, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como seu cadastro junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição, operadoras deverão exigir a comprovação de regularidade anualmente, no aniversário do contrato.

A apresentação desses documentos não dispensa o envio da documentação constante dos itens "Grupo Econômico" e "Prestador de Serviço (Pessoa Jurídica)", de acordo com relação mantida com o contratante.

Empresas

Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física - CAEPF

CONDIÇÕES

Aceitação de proponentes, exclusivamente cartórios e produtores rurais, com empresa ativa com Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física - CAEPF e registro da matrícula no CAEPF, vigente há, no mínimo, 6 (seis) meses.

Não serão aceitos:

- CAEPF de Empregadores Domésticos;
- CAEPF para composição de Grupo Econômico;
- CAEPF como Prestador de Serviço Pessoa Jurídica;
- Aproveitamento de carências para CAEPF.

DOCUMENTAÇÃO

Cartório

- CAEPF completo e atualizado, contendo: Comprovante de Inscrição; Comprovante de Situação Cadastral e Atividade Econômica;
- CRF - Certificado de Regularidade do FGTS com *status* de "Regular";
- CNPJ do Cartório, com *status* "Ativo";
- Declaração de autenticidade assinada com firma reconhecida em cartório, no momento da implantação (o modelo da declaração deve ser solicitado à seguradora);
- Nomeação do tabelião/oficial em Diário Oficial; ou
- Termo de investidura no qual informe a posse do cargo de tabelião/oficial ; ou
- Declaração assinada pelo desembargador informando a posse do cargo de tabelião/oficial.

Produtor rural

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

*Não precisa alterar os subtítulos e alíneas para vermelho.

Congêneres

CONDIÇÕES

- São consideradas empresas congêneres: AMIL (incluindo as linhas Lincx e One Health); Allianz; Caixa Seguros; Care Plus; Golden Cross; Mediservice; NotreDame Intermédica - GNDI; Omint; Porto Seguro; Sompo (Marítima); SulAmérica e Unimed.
- O aproveitamento de carências de empresas congêneres será analisado pela Bradesco Saúde, sendo obedecidas as seguintes regras técnicas:
- Ser um plano regulamentado pela Lei 9.656/98;
- Inexistência de descontinuidade na cobertura;
- **Para os planos Premium e Nacional Plus, adicionalmente, a Bradesco Saúde avaliará a compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congênera) e o plano de destino.**

Não haverá aproveitamento de carências:

- Nos casos de beneficiários oriundos de planos enfermagem e que optem pela contratação de plano de acomodação quarto na Bradesco Saúde;
- De planos de origem com segmentação assistencial inferior a do plano de destino;
- Beneficiários que permaneceram por menos de 6 (seis) meses na congênera;
- Para cobertura de parto;
- Para doenças e lesões preexistentes;
- Para proponente Empresário Individual (EI), inclusive aqueles com CAEPF (Cadastro de Atividade Econômica da Pessoa Física).

DOCUMENTAÇÃO

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

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.

Estagiário

CONDIÇÕES

Sem limite de idade.

DOCUMENTAÇÃO

- Contrato de estágio assinado pelo estagiário, pelo representante legal da empresa contratante, sob carimbo, e pela instituição de ensino e aditivos;
- Ficha de inclusão.

Menor aprendiz

CONDIÇÕES

Entre 14 e 24 anos de idade.

DOCUMENTAÇÃO

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

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Expatriado/Estrangeiro

CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

DOCUMENTAÇÃO

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

- Passaporte, carimbado pela Polícia Federal, bem como o visto de permanência no Brasil;
- Carta original, em papel timbrado, assinada e carimbada pelo representante legal da empresa contratante, caracterizando a participação do expatriado no grupo elegível, indicando o prazo de permanência no Brasil e o cargo;
- Por exigência da ANS, deverá ser apresentado CPF tanto para titular como para dependente;
- Ficha de inclusão.

Demitidos e aposentados

CONDIÇÕES

Somente com extensão de benefício legal, concedido pela empresa.

DOCUMENTAÇÃO

Implantação do contrato

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

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

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

Durante a vigência do contrato na Bradesco Saúde

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

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Afastado

CONDIÇÕES

Devem fazer parte do plano.

DOCUMENTAÇÃO

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

Dependentes

CONDIÇÕES

- Cônjuge;
- Companheiro(a) havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) até 24 anos, 11 meses e 29 dias de idade como dependentes no plano de saúde, independente de serem ou não universitários;
- Filhos inválidos (assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular) de qualquer idade.

DOCUMENTAÇÃO

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

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

Diferenciais da Bradesco Saúde

Meu Doutor

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



Conheça os três serviços do programa Meu Doutor:

Meu Doutor Especialidades

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

Meu Doutor Linhas de Cuidado

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

Meu Doutor APS

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

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

Ferramentas de Gestão

Sistema Movimentação Expressa - MOVE

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

Disponível para empresas com até 199 pessoas.



Sistema de Informações Gerenciais - SIGE*

Disponibiliza relatórios com histórico dos últimos 36 (trinta e seis) meses e permite a visualização de despesas por prestador de serviço, por procedimento, estatística de consultas e exames, entre outras informações. O SIGE está disponível para a empresa que possua, no mínimo, 100 pessoas.



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

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 do Cartão de Identificação 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 Plano Odontológico Conjugado ao Plano de Saúde

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

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

Cobertura para Remissão

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

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

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

Certificação no Processo de Acreditação no Brasil

A Bradesco Saúde possui grau máximo de acreditação, certificação reconhecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de ter sido a primeira operadora de saúde acreditada no Brasil. Isso significa que o cumprimento dos padrões estabelecidos pela ANS reforça nosso compromisso de ser referência de qualidade, inovação e eficiência, por meio do aprimoramento contínuo de processos.



Reembolso 100% Digital

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

Basta acessar o aplicativo ou a área exclusiva do *site* Bradesco Saúde.

Bradesco Saúde Concierge

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

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

Quanto aos serviços exclusivos, são:

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

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

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



bradesco saúde concierge
a arte de cuidar bem da sua saúde

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.

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.

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.

Seguro Viagem Bradesco (Assistência em Viagem)

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

- Cobertura de despesas médicas e hospitalares de até 50 mil euros para viagens a países signatários do Tratado de Schengen* e de até 20 mil dólares para demais países, para os planos Premium e Nacional Plus. Já para o plano Nacional, há cobertura de despesas médicas e hospitalares de até 30 mil euros para viagens a países signatários do Tratado de Schengen* e de até 10 mil dólares para viagens aos demais países.
- 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**
-

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala

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

- **0800 701 2708**

Central de Relacionamento com Cliente Concierge

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

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

Ouvidoria

Além dos canais mencionados anteriormente, a Bradesco Seguros dispõe de uma ouvidoria. Trata-se de um sistema exclusivo de relacionamento com os clientes e corretores, destinado a receber e a responder a reclamações, 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**
 - **Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 7877**
-

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;
- Reembolso (desde a prévia até o acompanhamento do reembolso solicitado);
- 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;
- Reembolso (desde a prévia até o acompanhamento do reembolso solicitado);
- *Status* dos pedidos de senha para procedimentos médico-hospitalares que necessitam de verificação prévia de cobertura;
- Extratos de utilização, coparticipação e Imposto de Renda e muito mais!

Portal Bradesco Seguros para Corretores

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

- Informação sobre produtos;
- Rede referenciada;
- Solicitação de estudo Bradesco Saúde Empresarial;
- Cadastro de produtores;
- Material de apoio.

Planos registrados na ANS sob os números:

465463113 - Bradesco Saúde Premium Q CE A - 441999035 - Bradesco Saúde Top NPlus Q CE A - 445621031 - Bradesco Saúde Top NPlus Q CE copart B - 443110033 - Bradesco Saúde Hospitalar NPlus Q CE A - 443100036 - Bradesco Saúde Top Nacional Q CE A - 470031137 - Bradesco Saúde Top Nacional 2 Q CE B - 443101034 - Bradesco Saúde Top Nacional Q CE copart A - 470032135 - Bradesco Saúde Top Nacional 2 Q CE copart B - 470036138 - Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CE B - 470035130 - Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CE copart B - 441922037 - Bradesco Saúde Hospitalar Nacional Q CE A - 470918147 - Bradesco Saúde Hospitalar Nacional 2 Q CE B - 470029135 - Bradesco Saúde Hospitalar Nacional 2 E CE A - 463944118 - Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE A - 463947112 - Bradesco Saúde Nacional Flex Q CE copart B - 463949119 - Bradesco Saúde Nacional Flex E CE B - 463951111 - Bradesco Saúde Nacional Flex E CE copart B - 83995191 - Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE - 483994193 - Bradesco Saúde Efetivo IV Q CE copart - 483997198 - Bradesco Saúde Efetivo IV E CE - 483996190 - Bradesco Saúde Efetivo IV E CE copart - 486720203 Bradesco Saúde 1+ Q CE - 486723208 Bradesco Saúde 1+ Q CE copart - 486722200 Bradesco Saúde 1+ E CE - 486721201 Bradesco Saúde 1+ E CE copart - 489563211 Bradesco Saúde Ideal Q CE - 489564219 Bradesco Saúde Ideal Q CE copart - 489566215 Bradesco Saúde Ideal E CE - 489565217 Bradesco Saúde Ideal E CE copart.



Sobre a Bradesco Dental

Com a abrangência nacional, solidez e segurança de uma empresa do grupo Odontoprev, líder do mercado de planos odontológicos no Brasil com mais de 7 milhões de beneficiários, a Bradesco Dental atua há anos levando saúde bucal para milhares de pessoas. Para isso, contamos com uma rede 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.

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

Para o Corretor

O atendimento em relação às dúvidas do plano pode ser realizado por meio 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 inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular.

Poderão ser aceitos:

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

Não poderão ser aceitos:

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

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.

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 bradescodental.com.br.

ALERTA!

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

2 Preenchendo o formulário

No formulário, há campos que são de responsabilidade do beneficiário titular ou do cirurgião-dentista.

ALERTA!

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

2.1. Preenchimento da capa do DSO

A) Dados pessoais

- Nome do beneficiário titular;
- Nome do beneficiário paciente;
- Número/contrato do beneficiário paciente;
- Local de entrega da solicitação na sucursal;
- Data de entrega da solicitação na sucursal;
- Empresa em que trabalha.

B) Informações sobre os recibos

- Nome do prestador de serviço/executor;
- CPF ou CNPJ;
- Data do evento;
- Valor do recibo.

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

C) Preenchimento do formulário da DSO

- Número do cartão do beneficiário paciente;
- Nome do beneficiário paciente;
- Nome do beneficiário titular;
- Nome do cirurgião-dentista/clínica executora;
- CPF ou CNPJ do executor.

2.2. Campos de responsabilidade do cirurgião-dentista

A) Descrição detalhada do plano de tratamento e orçamento

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

B) Dados do cirurgião-dentista

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

3 Como deve ser enviado o formulário?

3.1. Encerrando o processo para requisição do reembolso

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

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

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

4 Efetivação do reembolso - considerações finais

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

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

Carência

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

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

2º Ficha de Inclusão

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

3º Documentos Necessários da Empresa

Em casos de sociedade:

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

Em casos de firma individual:

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

Em caso de condomínio:

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

Em casos de cooperativas e associações:

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

4º Cartão CNPJ

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

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

Diferenciais da 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 Referenciada

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

Portal Bradesco Dental (Benefícios *On-line*)

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

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



Ferramentas de Gestão por meio do *site* bradescodental.com.br que Facilitam a Vida do RH e o Gerenciamento do Plano.

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).

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor

Serviço de atendimento gratuito, disponível todos os dias, ininterruptamente, para resolução de problemas na relação de consumo, por meio do fornecimento de informações públicas e de recebimento de reclamações de todos os planos e serviços comercializados.

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

SAC - Deficiente Auditivo ou de Fala

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

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

Ouvidoria

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

- **0800 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.



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



bradesco
saúde

Com Você. Sempre.

CRC - Central de Relacionamento:

4004 2700 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2700 (demais localidades)

SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800 727 9966

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2708

Ouvidoria: 0800 701 7000

bradescoseguros.com.br/saude

bradescoseguros.com.br/dental

Siga a Bradesco Saúde nas redes sociais:  

CNPJ: 92.693.118/0001-60. Bradesco Saúde S/A. As informações e as imagens contidas neste Manual são indicativas. Os direitos e as obrigações encontram-se nas Condições Gerais do Seguro contratado. Todos os serviços estão sujeitos a limites e especificações estabelecidos nas Condições Gerais e são válidos para atendimento na área de abrangência contratada. A Bradesco Saúde não comercializa Plano individual.

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