

<b>Companhia Seguradora</b> Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711		<b>Operadora</b> Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-	Registro na ANS: 30194-9	
Tipo 3	Cia 571	Contrato 613764	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante <b>Nelogica Sistemas de Software Ltda</b>				
Código	Sexo 1 - Masc 2 - Fem	Estado Civil (Est. Civil) 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado	Parentesco 1 - Cônjuge 2 - Filho 8 - Outros					
<b>01. Dados do Titular</b>								
Nome <b>João Vitor de Melo Peixoto</b>				CPF <b>040.640.901-36</b>	Sexo <b>M</b>	Data Nascimento <b>09/02/1996</b>	CNS (Carteira Nacional Saúde)	
DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)	Matrícula Funcional	Data de Admissão <b>19/07/2021</b>	Natureza Identificação (RG, CNH, etc) <b>RG</b>	Número do Documento <b>3.146.578</b>	Orgão Expedidor (IFP, CR, etc) <b>SSP-DF</b>	Data de Expedição <b>24/02/2014</b>	
Cargo / Profissão <b>Desenvolvedor de Software</b>		PIS/PASEP <b>267.59547.51-7</b>	País de Origem (proponente/titular Estrangeiro) <b>Brasil</b>		Cód. (uso da Cia)	E-mail <b>jpeixoto@nelogica.com.br</b>		
Dados Adicionais do Titular	Est. Civil (Código) <b>1</b>	Altura (cm) <b>1,70</b>	Peso (Kg) <b>63</b>	Data de Início de Vigência <b>19/07/2021</b>	Nome da Mãe <b>Orlanda Silva de Melo Peixoto</b>			
<b>02. Titular Inativo</b>								
Situação		1 – Demitido 2 – Aposentado		Data de Cancelamento				
<b>03. Endereço</b>								
Endereço Completo (Abreviaturas: Rua (R) / Avenida (Av) / Praça (Pca) / Alameda (Al) / Apartamento (Ap) / Bloco (Bl) / Quadra (Qd) / Edifício (Ed) <b>R. Doutor Garnier 720, Ap. 306</b>								
Bairro <b>Rocha</b>			Cidade <b>Rio de Janeiro</b>			CEP <b>20975-000</b>	UF <b>RJ</b>	
(DDD) Telefone 1 <b>61 / 98119-7229</b>			Ramal	(DDD) Telefone 2 <b>/</b>			Ramal	
<b>04. Transferências (Outros Planos/Seguros de Saúde)</b>								
1. Sim 2. Não <b>(2)</b>	Caso <b>SIM</b> anexar Documentação e informar:		Nome da Cia		Código	Data de Início	Número do Cartão	
<b>05. Dados do Plano</b>								
Plano: <input type="checkbox"/> Hospitalar			Plano: <input checked="" type="checkbox"/> Top			Código do Plano <b>TNEE</b>	Código Região	
Rede: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Nacional Plus	Acomodação: <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus)		Rede: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Preferencial <input type="checkbox"/> Nacional Plus <input type="checkbox"/> Preferencial Plus <input type="checkbox"/> Nacional Flex <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Perfil		Acomodação: <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus)		Nome da Região	
<b>06. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Referenciada/Credenciada</b>								
1. Crédito Automático 2. Ordem de Pagamento (Somente Agência Bradesco) <b>(2)</b>		Banco (Nº / Nome) <b>260 Nubank</b>		Agência (Cód/Dig) <b>0001</b>	Nome da Agência <b>Nubank</b>		Conta Corrente <b>9589537</b>	Dig <b>5</b>
<b>07. Dados de Angariação</b>								
Código do Angariador na Cia		Código do Corretor na Cia			Data de Angariação	Código da Agência na Cia		
Código do Supervisor na Cia		Código do Preposto na Cia						
<b>08. Dependente(s)</b>								
Cód.	Nome do Dependente 01				CPF	Data de	Altura (cm)	Peso (Kg)
1	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)							
	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 01			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)	
Cód.	Nome do Dependente 02				CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
2	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)							
	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)	
Cód.	Nome do Dependente 03				CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
3	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)							
	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)	
Cód.	Nome do Dependente 04				CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
4	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)							
	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 04			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)	

PORTO ALEGRE, 19 de Julho de 2021

Local/Data  
Assinatura do Proponente/Titular  
SETEMBRO/2016

Assinatura do Angariador

**SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo.  
(após 30 dias da elegibilidade)**

**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária – CPT – NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)** - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS – **[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)** - Perfil Beneficiário.

Beneficiário		Intermediário entre a operadora e o beneficiário	
<div>PORTO ALEGRE</div>	<div>19/07/2021</div>	<div></div>	<div></div>
Local	Data	Local	Data
Nome: <div>João Vitor de Melo Peixoto</div>	Nome: _____		
Assinatura: <div>João Vitor de Melo Peixoto</div>	CPF: _____		
	Assinatura: _____		

**SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo  
(após 30 dias da elegibilidade)**



**Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial**  
**SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários**  
Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em  
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar  
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei  
9656/98)



Companhia Seguradora <b>Bradesco Saúde S.A.</b>		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora <b>Odontoprev S.A.</b>	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		

### 09. Declaração de Saúde

Para habilitar-se à contratação deste grupo, V.S.<sup>a</sup> deverá preencher e assinar a Declaração de Saúde, registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador, e das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os dependentes que pretenda incluir no seguro.

#### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**09.1** No preenchimento desta Declaração de Saúde, V.S.<sup>a</sup> tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

**09.1.1** Caso opte pela orientação de médico referenciado, solicite ao seu Corretor a Relação de Referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar este procedimento.

**09.2** Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que V.S.<sup>a</sup> tenha conhecimento no momento da assinatura da proposta deste grupo, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes que pretende incluir no seguro.

**09.3** Havendo Declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida pela Bradesco Saúde a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

**Cobertura Parcial Temporária (CPT) – V.S.<sup>a</sup> ou qualquer de seus dependentes, não terá direito aos procedimentos de alta complexidades, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.**

Nenhuma cobertura poderá ser negada a V.S.<sup>a</sup>, ou a qualquer um de seus dependentes, para doenças ou lesões preexistente não declarada, até que a Bradesco Saúde apresente as provas concretas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que V.S.<sup>a</sup> omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta Declaração de Saúde. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual V.S.<sup>a</sup> saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, para si ou para qualquer dependente, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do seguro. Nesse caso, V.S.<sup>a</sup> será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Bradesco Saúde alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Artigo 766 do Código Civil Brasileiro – “se o Segurado por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.”

#### **DEFINIÇÕES IMPORTANTES**

Conforme os normativos da ANS, seguem as definições de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo:

**Cobertura Parcial Temporária (CPT)** : período de 24 (vinte e quatro meses), estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidade de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentam as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

**Agravo:** acréscimo no valor da mensalidade do seguro de saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. **A Bradesco Saúde não pratica Agravo.**

PORTO ALEGRE, 19 de Julho de 2021

Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

Assinatura do Angariador

SETEMBRO/2016

PÁG. 4 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789



intranet

**SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo  
(após 30 dias da elegibilidade)**



**Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial**  
**SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários**  
 Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em  
 Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar  
 e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei  
 9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		

**PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO**

Para o preenchimento da Declaração de Saúde abaixo, V.S.<sup>a</sup> poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A.

Se V.S.<sup>a</sup> preferir algum médico referenciado para realização da consulta, esta não lhe trará qualquer ônus. A consulta também pode ser feita com um médico não referenciado de sua escolha e, neste caso a despesa ficará por sua conta. Os campos de 1 a 31, deverão ser preenchidos com S (Sim) ou N (Não). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.

Itens ↓ →	Respostas do Proponente/Titular: S (Sim) ou N (Não)	Titular	Dependentes			
			1º	2º	3º	4º
1. É portador de diabetes? Se sim, informe no quadro ao final deste questionário a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a ela associadas.		N				
2. É portador de alguma doença endócrina, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento		N				
3. É portador de câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).		N				
4. É portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tal como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
5. Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.		N				
6. É portador de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.		N				
7. É portador de alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.		N				
8. É portador de hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
9. É portador de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
10. É portador de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
11. É portador de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				

**PORTO ALEGRE**, **19** de **Julho** de **2021**

**Local / Data**

**Assinatura do Proponente/Titular**

**Assinatura do Angariador**

SETEMBRO/2016

PÁG. 5 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789



**SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo  
(após 30 dias da elegibilidade)**



**Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial**  
**SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários**  
 Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em  
 Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar  
 e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei  
 9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		

**09. Declaração de Saúde (Continuação)**

Itens ↓ →	Respostas do Proponente/Titular: S (Sim) ou N (Não)	Titular	Dependentes			
			1º	2º	3º	4º
12. É portador de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
13. É portador de hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
14. É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, "" e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
15. É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular, cerebral (derrame) doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
16. É portador de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.		N				
17. É portador de alguma doença de sangue tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
18. Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.		N				
19. É portador de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.		S				
20. É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
21. É portador de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
22. É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.		N				
23. É portador de varizes? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				
24. É portador de alguma sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de sequela.		N				
25. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.		N				

**PORTO ALEGRE**, **19** de **Julho** de **2021**

Local/Data

Assinatura do Proponente/Titular

Assinatura do Angariador

SETEMBRO/2016

PÁG. 6 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789

Companhia Seguradora <b>Bradesco Saúde S.A.</b>		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora <b>Odontoprev S.A.</b>	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		

**09. Declaração de Saúde (Continuação)**

Itens ↓ →	Respostas do Proponente/Titular: S (Sim) ou N (Não)	Titular	Dependentes			
			1º	2º	3º	4º
26. É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.	N					
27. Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.	N					
28. É portador de qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.	N					
29. É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.	N					
30. Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.	N					
31. Tem indicação para submeter-se proximo a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.	N					

**Certifique-se de que foram preenchidas todas as vias da Declaração de Saúde**

Se a resposta a algum dos itens acima for positiva, para qualquer um dos proponentes, responder de acordo com o que foi solicitado, especificando o item e o código do proponente. Este campo também pode ser utilizado para comentários ou informações adicionais que se fizerem necessários.

Item	Código do Proponente	Esclarecimentos
19	T	Miopia e Astigmatismo. Primeiro diagnóstico em 2015. Graus de ambas doenças menores ou iguais a 1, para ambos os olhos. Não possui os números exatos. Recomendado usar óculos.

**10. Entrevista Qualificada**

- (3)
1. Declaro que fui orientado por médico referenciado da Bradesco Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.
  2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da Bradesco Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde.
  3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas, e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nessa Declaração.

PORTO ALEGRE, 19 de Julho de 2021

Assinatura do Proponente/Titular

Assinatura do Angariador

Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso.

**SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo  
(após 30 dias da elegibilidade)**



**Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial**  
**SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários**  
Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em  
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar  
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei  
9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		

## 11. Declaração do Beneficiário – Saúde

Pela presente, autorizo a inclusão do meu nome e de meus dependentes na apólice do Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar solicitada à Bradesco Saúde S.A. pelo estipulante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.

Entretanto, fica ressalvo que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o seguro aqui proposto sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade.

Declaro ter conhecimento da existência e disponibilidade da Bradesco Saúde SPG Top – Rede Nacional, acomodação enfermagem, que corresponde ao “Plano Referência” instituído pela Lei nº 9.656/98, declarando ainda que tal contrato me foi oferecido, tendo eu optado pela contratação do seguro com outra composição de coberturas.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta ficha, inclusive as que estão impressas. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que “se o Segurado por si ou por seu representante, fizer

declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.”Estou, também, ciente de que:

1. Este seguro só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei na “Declaração de Saúde”. Poderão levar a Seguradora a solicitar-se esclarecimentos e/ou acolher o seguro com restrições de cobertura, ou agravado, por minha opção. Somente com a emissão do certificado ficará caracterizada a aceitação desta ficha.

2. A seguradora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos médico-hospitalares relacionados a este seguro, autorizando os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela Seguradora.

Declaro que a conta corrente informada para crédito dos reembolsos é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o banco indicado a efetuar o crédito na respectiva conta corrente. Estou ciente de que qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora.

Declaro que o produto acima indicado está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos Clientes e usuários de seus serviços.

Tenho conhecimento:

- do inteiro teor das Condições Gerais deste seguro, em poder do estipulante e disponível para consulta;
- das condições de cobertura do Seguro Viagem Bradesco (exceto para o plano Perfil e Nacional Flex), também em poder do estipulante e disponível para consulta;
- do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), entregue pelo estipulante.

PORTO ALEGRE, 19 de Julho de 2021

Local/Data

SETEMBRO/2016

Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular

PÁG. 8 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789



**SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo  
(após 30 dias da elegibilidade)**



**Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial**

**SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários**

Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em  
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar  
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei  
9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante		

**11. Declaração do Beneficiário – Dental**

Pelo presente, autorizo a minha inclusão, bem como de meus dependentes no Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Plano Coletivo) firmado pelo contratante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais do referido Contrato, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido contratante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Termo de Opção, inclusive as que estão impressas.

Estou ciente de que a Operadora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este contrato, autorizando o fornecimento das informações necessárias ao dentista indicado pela Operadora.

Estou ciente, também, de que tanto eu

como meus dependentes poderemos ser convocados a qualquer momento, para nos submetermos a exames de auditoria odontológica, em consultórios indicados pela Operadora, sem que eu tenha de arcar com o ônus financeiro desse atendimento, tendo tal convocação o caráter de obrigatoriedade.

Tenho conhecimento de que o Departamento de Recursos Humanos de minha empresa (contratante) está apto a prestar-me esclarecimentos a respeito das Condições Gerais do Contrato, inclusive quanto às regras para utilização do plano, para inclusões fora do prazo, opções de aumento de cobertura, se assim estiverem previstos.

Declaro, ainda, que a presente opção é feita de livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais do Contrato Coletivo que se encontra em poder do contratante, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) – Odontológico, entregue pelo contratante.

PORTO ALEGRE

, 19 de Julho

de 2021

Local/Data

Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular


Em caso de dúvidas referentes ao seguro/plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 4004 – 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2700 (Demais Localidades).

Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. Disponibilizamos ainda uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.

## Formulario Plano Saude Preenchido.docx

Documento número #eb9f67d6-2f6c-476b-9a60-4467fdde1109

### Assinaturas

 Joao Vitor de Melo Peixoto  
Assinou

### Log

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 19 jul 2021, 17:37:39 | Operador com email operacao.beneficio@gesto.com.br na Conta 2447ab14-7a82-4cdc-8dcf-3df5d6e2c3d1 criou este documento número eb9f67d6-2f6c-476b-9a60-4467fdde1109. Data limite para assinatura do documento: 18 de agosto de 2021 (12:38). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.   |
| 19 jul 2021, 17:37:47 | Operador com email operacao.beneficio@gesto.com.br na Conta 2447ab14-7a82-4cdc-8dcf-3df5d6e2c3d1 adicionou à Lista de Assinatura: jpeixoto@nelogica.com.br, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; CPF; endereço de IP; Assinatura manuscrita.  |
| 19 jul 2021, 18:19:58 | Joao Vitor de Melo Peixoto assinou. Pontos de autenticação: email jpeixoto@nelogica.com.br (via token). CPF informado: 040.640.901-36. Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 8e5c39(...), vide anexo 19 jul 2021, 18-19-57.png. IP: 200.170.160.9. Componente de assinatura versão 1.126.0 disponibilizado em <a href="https://app.clicksign.com">https://app.clicksign.com</a> . |
| 19 jul 2021, 18:19:58 | Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número eb9f67d6-2f6c-476b-9a60-4467fdde1109.   |

Hash do documento original (SHA256): e3c2e9f709930d3e5d2435cdc2477ea8b7d7ce95f207b011de7a360a9e8406b9

Este Log é exclusivo ao, e deve ser considerado parte do, documento número eb9f67d6-2f6c-476b-9a60-4467fdde1109, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign disponível em [www.clicksign.com](http://www.clicksign.com).

## Anexo: 19 jul 2021, 18-19-57.png

Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 8e5c39(...)

Reprodução proibida

-----  
REPRODUÇÃO PROIBIDA  
19/07/2021 18:19:57  
-----  
*João Vitor*

Reprodução proibida