|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | **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  **613764** | | | | | | | | | Subfatura | | | | | | | Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante  **Nelogica Sistemas de Software Ltda** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | |
| **01. Dados do Titular** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | | | | | | | Sexo | | Data Nascimento | | | | | | CNS (Carteira Nacional Saúde) | | | | | |
| **João Vitor de Melo Peixoto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **040.640.901-36** | | | | | | | | | | **M** | | **09/02/1996** | | | | | |  | | | | | |
| DNV (Declaração de | | | | | RIC (Registro de | | | | | | Matrícula | | | | | | | Data de Admissão | | | | | | Natureza Identificação | | | | | | | | | Número do Documento | | | | | | | | | Orgão Expedidor | | | | | | | | Data de Expedição | | | |
| Nascido Vivo) | | | | | Identificação Civil) | | | | | | Funcional | | | | | | |  | | | | | | (RG,CNH, etc) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | (IFP, CR, etc) | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | **19/07/2021** | | | | | | **RG** | | | | | | | | | **3.146.578** | | | | | | | | | **SSP-DF** | | | | | | | | **24/02/2014** | | | |
| Cargo / Profissão | | | | | | | | | | | | | PIS/PASEP | | | | | | | | País de Origem (proponente/titular Estrangeiro) | | | | | | | | | | | Cód. (uso da Cia) | | | | | | | E-mail  **jpeixoto@nelogica.com.br** | | | | | | | | | | | | | |
| **Desenvolvedor de Software** | | | | | | | | | | | | | **267.59547.51-7** | | | | | | | | | **Brasil** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| *Dados Adicionais do Titular* | | *Est.Civil (Código)* | | | | *Altura (cm)* | | *Peso (Kg)* | | | | | | *Data de Início de Vigência* | | | | | | | | | | | *Nome da Mãe* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **1** | | | | **1,70** | | **63** | | | | | | **19/07/2021** | | | | | | | | | | | **Orlanda Silva de Melo Peixoto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **02. Titular Inativo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situação | | | | | 1 – Demitido 2 – Aposentado | | | | | | | | | | | | Data de Cancelamento | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **03. Endereço** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço Completo (Abreviaturas: Rua (R) / Avenida (Av) / Praça (Pca) / Alameda (Al) / Apartamento (Ap) / Bloco (Bl) / Quadra (Qd) / Edifício (Ed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **R. Doutor Garnier 720, Ap. 306** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | | | | | UF | | |
| **Rocha** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Rio de Janeiro** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **20975-000** | | | | | | | **RJ** | | |
| (DDD) Telefone 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ramal | | | | | | (DDD) Telefone 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ramal | | | | |
| **61** / **98119-7229** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **04. Transferências (Outros Planos/Seguros de Saúde)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Sim 2.Não | | | | Caso **SIM** anexar | | | | | | | | Nome da Cia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Código | | | | | | | Data de Início | | | | | | | Número do Cartão | | | | | | | | |
| (**2**) | | | | Documentação e informar: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **05. Dados do Plano** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plano:  Hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | | Plano:  Top | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Código do Plano | | | | | | | | | | Código Região | | | | | | |
| Rede: | | | | Acomodação: | | | | | | | | | | | | Rede:  Nacional  Preferencial | | | | | | | | | | | | Acomodação: | | | | | | | | | **TNEE** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Nacional  Nacional Plus | | | | Quarto  Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus) | | | | | | | | | | | | Nacional Plus  Preferencial Plus | | | | | | | | | | | | Quarto  Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus) | | | | | | | | | Nome da Região | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | Nacional Flex  Regional  Perfil | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **06. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Referenciada/Credenciada** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Credito Automático  2. Ordem de Pagamento (Somente Agência Bradesco) | | | | | | | ( **2** ) | | | | Banco (Nº / Nome) | | | | | | | | | | | | | | | Agência (Cód/Dig) | | | | Nome da Agência | | | | | | | | | | | | | | | | | Conta Corrente | | | | | Díg | |
|  | | | | | | |  | | | | **260** | | | | | | **Nubank** | | | | | | | | | **0001** | | |  | | **Nubank** | | | | | | | | | | | | | | | | **9589537** | | | | | **5** | |
| **07. Dados de Angariação** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **08. Dependente(s)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cód. | Nome do Dependente 01 | | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | | Data de Nascimento | | Altura (cm) | Peso (Kg) |
| 1 |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  |  |
|  | Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Preencher conforme | Sexo | | Est. Civil | | Parentesco | | | | | | Nome da Mãe do Dependente 01 | | | | | | | | | | | |
|  | Código acima |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | Sexo | | Est. Civil | | Parentesco | | | | | | Nome da Mãe do Dependente 02 | | | | | | | | | | | |
|  | Código acima |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | Sexo | | Est. Civil | | Parentesco | | | | | | Nome da Mãe do Dependente 03 | | | | | | | | | | | |
|  | Código acima |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | Sexo | | Est. Civil | | Parentesco | | | | | | Nome da Mãe do Dependente 04 | | | | | | | | | | | |
|  | Código acima |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 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** | | | | | | | | | | | | |  | **Assinatura do Angariador** | | | | | | | | | |
| **SETEMBRO/2016** | | | | | | | **PÁG. 1 / 9** | | | | | | | | | | | **CÓD. FORM. ELETR. 0789** | | | | | |

**rodape_fundobranco.jpg**

**SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo.**

**(após 30 dias da elegibilidade)**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SETEMBRO/2016** | **PÁG. 2/ 9** | **CÓD. FORM. ELETR. 0789** |

**rodape_fundobranco.jpg**



19/07/2021

PORTO ALEGRE

**João Vitor de Melo Peixoto**

**João Vitor de Melo Peixoto**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SETEMBRO/2016** | **PÁG. 3 / 9** | **CÓD. FORM. ELETR. 0789** |

**rodape_fundobranco.jpg**

**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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Para habilitar-se à contratação deste grupo, V.S.ª 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.ª 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.Sª 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.ª 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.ª, 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.ª 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.ª 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.ª 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 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** | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |

**rodape_fundobranco.jpg**

**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.ª poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A.  Se V.S.ª 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 endocrinológica, 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** | | | | | | | | |

rodape_fundobranco.jpg

**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** | | | | | | | | |

rodape_fundobranco.jpg

**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 |
| 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 proximamente 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 possuo 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** | | | | | | |  | | | |
| Local / Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Assinatura do Proponente/Titular** | | | | | | | | | | | | | | |  | | **Assinatura do Angariador** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **SETEMBRO/2016** | | | | | | | | | | | **PÁG. 7 / 9** | | | | | | | | | | | **CÓD. FORM. ELETR. 0789** | | | | | | | | | | | |

**rodape_fundobranco.jpg**

**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 enfermaria, 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 dos 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 agravo, 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 | | | | | | |  | Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular | | | | | |
| **SETEMBRO/2016** | | **PÁG. 8 / 9** | | | | | | | | **CÓD. FORM. ELETR. 0789** | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | **rodape_fundobranco.jpg** | | | | | | |  | | | |

**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. | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SETEMBRO/2016** | **PÁG. 9 / 9** | **CÓD. FORM. ELETR. 0789** |

**rodape_fundobranco.jpg**