

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

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.

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

CAMPO GRANDE MS

Local / Data

, 07 de OUTUBRO de 2016

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.

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



Bradesco
Saúde

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)



Bradesco
Dental

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 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 da Assistência Pessoal Bradesco Saúde (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.

CAMPO GRANDE MS

Local / Data

DEZEMBRO 2015

07 de OUTUBRO de 2016

Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular

PAG. 8 / 9

CÓD. FORM.

ELETR. 0789



Bradesco Seguros

intranet



Bradesco
Saúde

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)



Bradesco
Dental

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	N				
27. Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.	N	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	N				
29. É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.	N	N				
30. Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.	N	N				
31. Tem indicação para submeter-se proximo a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.	N	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.

[illegible]

10. Entrevista Qualificada

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.

CAMPO GRANDE MS 07 de OUTUBRO de 2016
Local / Data

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		

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	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	N				
14. É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	N	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	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	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	N				
18. Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.	N	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.	N	N				
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	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	N				
22. É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.	N	N				
23. É portador de varizes? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.	N	N				
24. É portador de alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de seqüela.	N	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	N				

CAMPO GRANDE MS 07 de OUTUBRO de 2016

Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

Assinatura do Angariador

DEZEMBRO/2015

PÁG. 6 / 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

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)



Bradesco
Dental

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.Sª poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A.

Se V.Sª 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	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	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	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	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	N			
6.	É portador de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.	N	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	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	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	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	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	N			

CAMPO GRANDE MS

07

de

OUTUBRO

de 2016

Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

Assinatura do Angariador

DEZEMBRO/2015

PÁG. 5 / 9

CÓD. FORM. ELETR.

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



Bradesco
Saúde

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)



Bradesco
Dental

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.S^a 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 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.**

CAMPO GRANDE MS, 07 de OUTUBRO de 2016

Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

Assinatura do Angariador

DEZEMBRO/2015

PAG. 4/9

Bradesco Saúde

0789

COD. FORM.ELETR.

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 - 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 - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____/_____/_____
Local Data

_____/_____/_____
Local Data

Nome: JOSE RAIMUNDO DANTAS DA SILVA

Nome: _____

Assinatura: [Assinatura]

CPF: _____

Assinatura: _____

**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 Agravio, 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.

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	Registro na ANS: 30194-9
Tip 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante A Z INFORMATICA 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 JOSE RAIMUNDO DANTAS DA SILVA				CPF 510.901.122-20	Sexo 1	Data Nascimento 22/02/76	CNS (Carteira Nacional Saúde)
Decl. (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil) 295825	Matrícula Funcional	Data de Admissão 20/03/13	Natureza Identificação (RG, CNH, etc) RG	Número do Documento 295825	Orgão Expedidor (IFP, CR, etc) SSPAP	Data de Expedição 23/07/04
Cargo / Profissão ANALISTA DE SISTEMAS		PIS/PASEP	País de Origem (proponente/titular Estrangeiro)		Cód. (uso da Cia)	E-mail	
Idos	Est Civil (Código) 1	Altura (cm) 173,	Peso (Kg) 75,	Data de Início de Vigência 22/09/2016	Nome da Mãe ERBENHI DAS GRACAS DANTAS DA SILVA		

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) AVENIDA 7 DE SETEMBRO, 728			
Bairro CENTRO	Cidade SANTANA	CEP 68.925-108	UF AP
(DDD) Telefone 1 96 / 99135-1659	Ramal	(DDD) Telefone 2	Ramal

04. Transferências (Outros Planos/Seguros de Saúde)

1 - Sim 2 - Não	Caso SIM anexar documentação e informar:	Nome da Cia	Código	Data de Início	Número do Cartão
-----------------	---	-------------	--------	----------------	------------------

05. Dados do Plano

Plano: Hospitalar	Plano: Top	Código do Plano	Código Região
Rede: Nacional	Preferencial	Acomodação: Quarto	Nome da Região
Nacional Plus	Preferencial Plus	Quarto	
Nacional Flex	Regional	Portil	
Nacional Plus	Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus)		

06. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Referenciada/Credenciada

1 - Crédito Automático	2 - Ordem de Pagamento (Imprimente Agência Bradesco)	Banco (Nº / Nome)	Agência (Cód/Dig)	Nome da Agência	Conta Corrente	Dig
------------------------	--	-------------------	-------------------	-----------------	----------------	-----

07. Dados de Angariação

Código do Angariador na Cia 431240	Código do Corretor na Cia 434420	Data de Angariação 07/10/2016	Código da Agência na Cia 5247
Código do Supervisor na Cia 431240	Código do Preposto na Cia GECOM - 7568964		

08. Dependente(s)

C. 1. Nome do Dependente 01 VICTORIA DE SOUZA DANTAS		CPF 037.341.072-70	Data de 23/10/01	Altura (cm) 145,	Peso (Kg) 35,
Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)					
Preencher conforme código acima	Sexo 2	Est. Civil 1	Parentesco 2	Nome da Mãe do Dependente 01 ANA DE ALMEIDA DE SOUZA	
CNS (Carteira Nacional de saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	
C. 1. Nome do Dependente 02		CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
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)	
C. 1. Nome do Dependente 03		CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
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)	
C. 1. Nome do Dependente 04		CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
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)	