

Manual do Corretor Bradesco Saúde e Bradesco Dental Empresarial

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



Bradesco Seguros

Planos **disponíveis**

Premium

Nacional Plus

Nacional

Nacional Flex

Preferencial Plus

Perfil

Premium

A excelência em serviços exclusivos de saúde aos Sócios e Diretores.



O Plano Premium oferece cuidados exclusivos e possui atendimento especial em todas as regiões do Brasil. A Rede de Referenciados conta com hospitais que são referência em serviços de saúde.

Para quem é

O Plano Premium é indicado para empresas que desejam oferecer os melhores serviços e atendimento exclusivo aos sócios e diretores.

Como funciona

O beneficiário e seus dependentes têm acesso a uma exclusiva rede de referenciados. Além disso, é permitida a solicitação de reembolso para procedimentos realizados no Brasil e no exterior, desde que sejam respeitados os limites contratuais.

Vantagens

O Plano Premium oferece serviços e coberturas que vão além da saúde dos beneficiários. O segurado conta com cobertura em hospitais, clínicas e laboratórios de referência, bem como pode usufruir dos benefícios adicionais como, Check-Up e Bradesco Saúde Concierge.

Nacional Plus

Conforto, segurança e qualidade de atendimento em todas as regiões do País para sócios e diretores.



O plano oferece atendimento diferenciado, conforto e qualidade, em todas as regiões do país, especialmente para empresas que buscam uma rede referenciada exclusiva para seus Sócios e Diretores.

Conta com médicos, clínicas, laboratórios e hospitais que são referência em serviços de saúde no país e possui flexibilidade na escolha de padrão de reembolso - que é válido para atendimento no Brasil e no exterior.

Para quem é

Para empresas que desejam oferecer Plano de Saúde aos funcionários com cobertura em todo o País através de uma Rede Referenciada Exclusiva.

Como funciona

O beneficiário e seus dependentes têm acesso a uma exclusiva rede de referenciados. Além disso, é permitida a solicitação de reembolso para procedimentos cobertos realizados no Brasil e no exterior, respeitando os limites contratuais.

Vantagens

O Plano Nacional Plus oferece serviços e coberturas que vão além da saúde dos beneficiários. O segurado conta com cobertura em hospitais e laboratórios de referência.

Nacional

Vantagens e Benefícios da Bradesco Saúde em atendimentos realizados em todo o Brasil.



O Plano Nacional oferece vantagens e comodidade de atendimento em serviços de saúde em todo o território nacional.

O beneficiário pode escolher o melhor padrão de reembolso, que está disponível para atendimentos no Brasil e no Exterior.

Para quem é

O Plano Nacional é para empresas que querem oferecer um plano de saúde com uma ampla rede de médicos, clínicas, hospitais e laboratórios, com atendimento em todas as regiões do Brasil.

Como funciona

O beneficiário e seus dependentes têm acesso a uma exclusiva rede de referenciados.

Além disso, é permitida a solicitação de reembolso para procedimentos realizados no Brasil, desde que sejam respeitados os limites contratuais.

Vantagens

É possível optar por diferentes padrões de reembolso, disponíveis para procedimentos cobertos realizados em todo o Brasil e também no exterior.

Nacional Flex

Atendimento e comodidade de uma rede integrada em todo o País com valores acessíveis.



O Plano Nacional Flex oferece atendimento em todo o território nacional através da rede integrada de serviços da Bradesco Saúde.

Nesse plano, há opção de reembolso para procedimentos cobertos realizados no Brasil, cobertos conforme dados contratuais.

Para quem é

O Plano Nacional flex é ideal para empresas que desejam oferecer Plano de Saúde em todo o País com preços acessíveis.

Como funciona

Atendimento por meio de uma rede integrada de médicos, clínicas, laboratórios, hospitais e prontos-socorros.

Vantagens

Permitida a opção de reembolso caso o segurado queira utilizar serviços médicos/hospitalares fora da Rede Referenciada. Opção disponível para procedimentos cobertos realizados em território nacional, respeitando os limites contratuais.

Preferencial Plus

Acesso à ampla rede de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.



Melhor escolha para empresas que desejam oferecer um Plano com cobertura regional.

O Plano Preferencial Plus conta com atendimento nos principais municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, e ainda permite solicitação de reembolso para procedimentos cobertos realizados no Brasil e no Exterior.

Para quem é

O Plano Preferencial Plus é para empresas que têm como prioridade uma rede de atendimento regional.

Como funciona

O beneficiário e seus dependentes contam com atendimento de médico, clínicas, hospitais, laboratórios e prontos-socorros nas principais cidades dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Vantagens

Permitida a opção de reembolso caso o segurado queira utilizar serviços cobertos fora da Rede Referenciada.

Opção disponível para procedimentos cobertos realizados no Brasil e no Exterior, desde que sejam respeitados os limites contratuais.

Perfil

Soluções personalizadas e de ótimo custo-benefício para sua empresa.

O Plano Perfil é configurado conforme as necessidades de cada empresa.

O atendimento é regional e permite acesso à Rede Integrada da Bradesco Saúde com valores acessíveis.

Para quem é

Ideal para empresas que desejam moldar um Plano de Saúde de acordo com a necessidade de seus colaboradores aliado com uma boa relação custo-benefício.

Como funciona

Possui uma rede integrada de médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e prontos-socorros, que atende às necessidades dos segurados.

Vantagens

Permitida a opção de reembolso caso o segurado queira utilizar serviços médicos fora da Rede Referenciada.

Opção disponível para procedimentos cobertos realizados na abrangência e área de atuação contratadas.

Sobre a **Bradesco Saúde**



Atuando na área de Seguro-saúde desde 1984, a Bradesco Saúde tornou-se líder no mercado de saúde suplementar brasileiro devido à atenção dada às necessidades dos Beneficiários e à parceria com a Rede Referenciada.

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

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

A Empresa conta atualmente com aproximadamente **3,8 milhões de Beneficiários**, sendo que, desses, **96% são de planos coletivos**.

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

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

Relacionamento Bradesco Saúde - Corretor

Pós-venda por Intermédio de Equipe Dedicada

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

Universeg

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



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

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

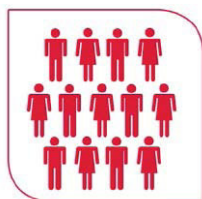
Produtos

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

EMPRESARIAL 200: de 200 a 499 vidas.

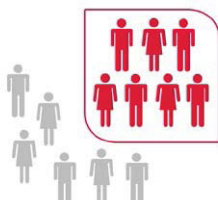
EMPRESARIAL 500: com 500 vidas ou mais.

Modalidade de **Inclusão**



Compulsória:

Inclusão de todo o grupo segurável, desde que na totalidade do grupo ou subgrupo definido, e independente do tamanho do quadro funcional do Contratante. Válida para os Titulares e todos os seus dependentes.



Opcional:

Não há obrigatoriedade de inclusão de todo o grupo segurável vinculado ao Contratante.

Opções de **Cobertura**



Completa:

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

Disponível para todos os planos.

Hospitalar com Obstetrícia:

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

Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

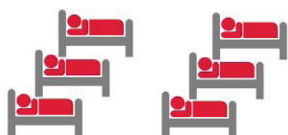
Acomodações



A Bradesco Saúde disponibiliza dois padrões de acomodação hospitalar:

Quarto individual

(para todos os planos);



Enfermaria

(exceto para o Premium e o Nacional Plus).

Coparticipação



Coparticipação Ambulatorial:

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

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

Coparticipação em Internação:

Aplicada a procedimentos de grande risco (internações para eventos clínicos ou cirúrgicos), consiste no desconto de um valor fixo, predeterminado, em reais, a cada internação realizada. Os planos Nacional Flex, Efetivo e Perfil não contemplam essa opção.

A inclusão da coparticipação é opcional.

Formação do Preço



Pré-pagamento:

O valor da mensalidade é calculado previamente com base nas coberturas contratadas pela Empresa Contratante do Seguro-saúde.

Pós-pagamento:

O valor da mensalidade é definido como a soma dos sinistros ocorridos no período anterior, acrescida de taxa de administração. Nessa modalidade, a Empresa Contratante assume integralmente o risco do plano. Modalidade também denominada "Administrada" e sujeita à análise prévia da Seguradora.

Modalidade de Pagamento



Faixa Etária:

Pode ser realizado nas modalidades compulsória e opcional.

Custo Médio:

Disponível exclusivamente na modalidade compulsória.

Reajuste por Mudança de Faixa Etária



O valor do prêmio inicial do seguro será diretamente proporcional à idade dos Beneficiários incluídos na apólice.

Durante a vigência do seguro, esse valor estará sujeito a reajuste por mudança de faixa etária de cada Beneficiário incluído na apólice, que incidirá sobre o valor do prêmio imediatamente anterior.

O acréscimo referente ao reajuste incidirá no mês seguinte àquele em que ocorrer o ingresso do Beneficiário na idade prevista na faixa etária imediatamente superior.

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

Da faixa etária

Até **18** anos
 de **19** a **23** anos
 de **24** a **28** anos
 de **29** a **33** anos
 de **34** a **38** anos
 de **39** a **43** anos
 de **44** a **48** anos
 de **49** a **53** anos
 de **54** a **58** anos

Para a faixa etária

de **19** a **23** anos
 de **24** a **28** anos
 de **29** a **33** anos
 de **34** a **38** anos
 de **39** a **43** anos
 de **44** a **48** anos
 de **49** a **53** anos
 de **54** a **58** anos
 de **59** anos em diante

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

Condições Contratuais

PRODUTO	EMPRESARIAL 200	EMPRESARIAL 500
VIDAS	De 200 a 499	A partir de 500
MODALIDADE DE INCLUSÃO	Compulsória ou Opcional	Compulsória ou Opcional
OPÇÕES DE COBERTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia • Hospitalar com Obstetrícia* 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia • Hospitalar com Obstetrícia*
ACOMODAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Quarto Individual • Enfermaria** 	<ul style="list-style-type: none"> • Quarto Individual • Enfermaria**
COPARTICIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: sem ou com Coparticipação • Hospitalar com Obstetrícia: sem ou com Coparticipação 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia: sem ou com Coparticipação • Hospitalar com Obstetrícia: sem ou com Coparticipação
MODALIDADE DE PAGAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa Etária: Compulsória e Opcional • Custo Médio: Compulsória 	<ul style="list-style-type: none"> • Faixa Etária: Compulsória e Opcional • Custo Médio: Compulsória
INÍCIO DA VIGÊNCIA	1º dia útil do mês	1º dia útil do mês
VIGÊNCIA DA APÓLICE	24 meses	24 meses
VENCIMENTO DA FATURA	Data do Início da Vigência	Data do Início da Vigência
REAJUSTE	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro • Por Sinistralidade (experiência do grupo de apólices de 200 até 999 vidas e da apólice) • Por Faixa Etária*** 	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro • Por Sinistralidade <ul style="list-style-type: none"> - Apólices de 500 a 999 vidas: experiência do grupo de apólices de 200 a 999 vidas e da apólice - Apólices com 1000 ou mais vidas: experiência da apólice • Por Faixa Etária***

*Exclusivo para os planos Nacional Plus e Nacional.

**Exceto para os planos Premium e Nacional Plus.

***Se contratada essa modalidade.

Beneficiário Titular

- Diretores estatutários, sócios com poderes de gestão e administradores;
- Empregados;
- Estagiários;
- Menores Aprendizizes com idade entre 14 e 24 anos;
- Expatriados/Estrangeiros;
- Afastados;
- Demitidos e aposentados: conforme a Resolução Normativa n.º 195, da ANS.

Beneficiário Dependente

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

Demitidos e Aposentados

Manutenção do Seguro-saúde após Desligamento da Empresa

De acordo com a Resolução Normativa - RN n.º 279, de 24 de novembro de 2011, o Beneficiário que contribuir, enquanto for funcionário, para o pagamento do Seguro-saúde tem direito de permanecer no plano quando for demitido ou exonerado sem justa causa ou quando vier a se aposentar, desde que assuma o pagamento integral do prêmio (mensalidade).

São considerados contribuição:

- o pagamento integral ou de parte do prêmio mensal do Seguro-saúde, inclusive com desconto em folha de pagamento; e/ou
- o pagamento da diferença entre o valor do plano oferecido pela Empresa e o escolhido pelo Beneficiário em razão de *upgrade*.

Não são considerados contribuição:

- o pagamento integral ou de parte do prêmio mensal do Seguro-saúde relativo aos dependentes e agregados; e/ou
- a coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente na utilização de procedimentos cobertos pelo Seguro-saúde.

Atenção:

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

Período de Manutenção do Seguro-Saúde

Rescisão ou exoneração sem justa causa

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

Aposentadoria

Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for inferior a 10 (dez) anos.

O Beneficiário poderá permanecer no plano por período correspondente a 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Quando o período de contribuição durante o contrato de trabalho for igual ou superior a 10 (dez) anos.

Nesse caso, é garantida a permanência do Beneficiário no plano por prazo indeterminado.

Atenção:

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

Caso a Empresa tenha contratado planos com mais de uma seguradora/operadora, após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei n.º 9.656/98, o período de contribuição nesses planos também será considerado no cálculo, desde que não tenha havido descontinuidade de cobertura. Também deverá ser contabilizado o período de contribuição realizada anteriormente à adaptação ou à migração da apólice à Lei n.º 9.656/98, quando for o caso.

É de responsabilidade do Beneficiário (demitido ou aposentado), quando for admitido em novo emprego, comunicar o fato imediatamente ao contratante, para que seja processado o cancelamento do Seguro-saúde.

Condições para Manutenção do Seguro-Saúde

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

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

Em caso de morte do Titular, os dependentes cobertos pelo Seguro-saúde poderão permanecer na apólice, sendo mantida a obrigatoriedade de pagamento do prêmio.

Cobrança do Prêmio

Para permanecer no Seguro-saúde, o Beneficiário deverá arcar com o valor total do prêmio (mensalidade), que poderá ser cobrado por faixa etária ou por custo médio*, conforme opção da Empresa. A cobrança do prêmio relativo ao Beneficiário demitido e/ou aposentado e seus eventuais dependentes integrará a fatura mensal da Empresa.

*Modalidade de pagamento disponível a partir do SPG 100.

O Beneficiário terá acesso, por intermédio da Empresa ou no Portal da Bradesco Seguros (bradescoseguros.com.br), na área exclusiva do Segurado, à Tabela de Custos correspondente a seu prêmio.

Cancelamento do Seguro-Saúde

O Seguro-saúde será cancelado nas seguintes hipóteses:

- a) Ao fim dos prazos estabelecidos no item Período de Manutenção do Seguro-saúde;
- b) Por solicitação formal do Beneficiário à Empresa, mediante comunicação dessa à Seguradora;
- c) Se o Beneficiário (demitido ou aposentado) deixar de pagar o prêmio por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, a cada ano de vigência do Seguro-saúde;
- d) Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do Seguro-saúde, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita à Empresa;
- e) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas;
- f) Se a apólice de Seguro-saúde for cancelada;
- g) Se o Beneficiário (demitido ou aposentado) for admitido em novo emprego, fato que deve ser comunicado imediatamente ao antigo contratante.

Atenção:

O Beneficiário poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra seguradora/operadora, nos termos da legislação em vigor.

Solicitação de **Estudo/Proposta**

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

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

Após a implantação da apólice, os Beneficiários receberão o Cartão de Identificação Bradesco Saúde.

O prazo para entrega é de até 15 (quinze) dias úteis, podendo variar de acordo com a localidade e o tipo de entrega.

Existe também a possibilidade de opção pelo **Welcome Kit** físico, que, além do Cartão de Identificação, contém a Lista de Referenciados e o Manual do Beneficiário impressos.

Linhas de Planos

Premium

Esse plano é ideal para quem deseja a tranquilidade de ser bem cuidado com a vantagem de ser exclusivo, pois oferece atendimento em todas as regiões do Brasil, contemplando hospitais que são referência em serviços de saúde no País, além de coberturas diferenciadas, tais como:

- *Check-up* anual para Titulares e dependentes a partir de 29 anos de idade*;
- Fisioterapia e consulta domiciliares, por reembolso, de acordo com os limites contratuais;
- Cirurgia refrativa independente do grau de refração;
- Escleroterapia sem limite de sessões;
- Despesas do acompanhante de paciente de qualquer idade internado;
- Serviços do Bradesco Saúde Concierge**.



Bradesco Saúde Concierge
A arte de cuidar bem da sua saúde.

*Cobertura prevista para utilização em prestadores selecionados nas seguintes regiões: Rio de Janeiro (RJ), Volta Redonda (RJ), São Paulo (SP), Campinas (SP), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Porto Alegre (RS), Salvador (BA), Recife (PE) e Brasília (DF), enquanto vigorarem os Contratos e os acordos com as Empresas que os operam.

**Os serviços de Assistência em Viagem com Cobertura para o Tratado de Schengen, Orientação Médica por Telefone, Central de Marcação de Exames Especiais, *Welcome Home*, Importação de Medicamentos, Segunda Opinião Médica Internacional, Prontuário Eletrônico, Central de Suporte à Obtenção de Vagas, Lista de Referências Médicas e Saúde em Equilíbrio estão disponíveis em todo o território nacional. Já a Coleta Expressa de Documentos para Solicitação de Reembolso, Atendimento Móvel para Realização ou Coleta de Exames, *Welcome Baby* e Vacinas do Viajante estão disponíveis exclusivamente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. Os serviços do Bradesco Saúde Concierge são válidos enquanto vigorarem os Contratos ou acordos com as Empresas que os operam.

Nacional Plus

Atendimento diferenciado, conforto e qualidade. Esse plano foi pensado para atender a quem procura por uma Rede Referenciada exclusiva, disponível em todas as regiões do Brasil, pois conta com hospitais que são referência em serviços de saúde no País. Possui flexibilidade na escolha de padrão de reembolso, que é válido para atendimento no Brasil e no exterior.

Contempla os serviços do Bradesco Saúde Concierge* no caso de Beneficiários residentes nas seguintes regiões: Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Salvador.

*Os serviços de Assistência em Viagem com Cobertura para o Tratado de Schengen, Orientação Médica por Telefone, Central de Marcação de Exames Especiais, *Welcome Home*, Importação de Medicamentos, Segunda Opinião Médica Internacional, Prontuário Eletrônico, Central de Suporte à Obtenção de Vagas, Lista de Referências Médicas e Saúde em Equilíbrio estão disponíveis em todo o território nacional. Já a Coleta Expressa de Documentos para Solicitação de Reembolso, Atendimento Móvel para Realização ou Coleta de Exames, *Welcome Baby* e Vacinas do Viajante estão disponíveis exclusivamente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. Os serviços do Bradesco Saúde Concierge são válidos enquanto vigorarem os Contratos ou acordos com as Empresas que os operam.

Linhas de Planos

Nacional

Comodidade de atendimento em todas as regiões do Brasil e as vantagens de uma ampla rede de Referenciados. Um de seus principais benefícios é o acesso às diversas opções de padrões de plano, que preveem diferentes múltiplos de reembolso para atendimentos realizados no Brasil e no exterior.

Nacional Flex

Atendimento em todas as regiões do Brasil, com valores acessíveis, por meio de uma rede integrada de serviços adequada às necessidades dos Beneficiários. Oferece reembolso em caso de atendimento no Brasil.

Preferencial Plus

Para a Empresa que necessita de um plano com cobertura regional, essa pode ser a opção ideal. O Preferencial Plus conta com atendimento nos principais municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, por meio de uma ampla rede de Referenciados disponibilizada nessas localidades. Dentre seus benefícios, está o reembolso em caso de atendimento no Brasil e no exterior.

Consulte, em Apoio à Venda/Contratos/Condições Gerais/Anexos, as regiões que estão em comercialização.

Efetivo

Com cobertura nacional, possui uma rede dimensionada para garantir o melhor equilíbrio entre disponibilidade, qualidade e eficiência a custos competitivos. Oferece reembolso em caso de atendimento no Brasil.

Perfil

Uma solução personalizada de acordo com a necessidade do Cliente.

Com atendimento regionalizado, busca a melhor relação custo-benefício.

Possui uma rede integrada de serviços adequada às necessidades dos Beneficiários. Dentre os seus diferenciais, está a cobertura de urgência e emergência nas principais capitais do País, por meio de uma Rede Referenciada exclusiva.

Também será observada a composição dos municípios da região contratada no caso de reembolso de despesas realizadas em sistema de livre escolha, respeitando-se os limites contratuais.

Não haverá reembolso das despesas efetuadas fora dos municípios que compõem a região contratada.

Consulte, em Apoio à Venda/Contratos/Condições Gerais/Anexos, as regiões que estão em comercialização.

PLANO	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Código do Plano	Tipo de Acomodação	Múltiplo de Reembolso de Honorários e Despesas Médicas				Rede Referenciada	Múltiplo de Reembolso de Despesas Hospitalares
					Paciente não Internado		Paciente Internado			
					Honor.	Serviços	Honor.	Serviços		
PREMIUM	Nacional		TP06	Quarto	6	6	12	6	Premium	1.4
			TP08	Quarto	8	8	14	8		
			TP10	Quarto	10	10	15	10		
NACIONAL PLUS*	Nacional		NP03	Quarto	3	3	6	3	Nacional Plus	1.4
			NP04	Quarto	4	4	8	4		
			NP05	Quarto	5	5	10	5		
			NP06	Quarto	6	6	12	6		
			NP08	Quarto	8	8	14	8		
NACIONAL*	Nacional	Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia	TNE1	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional	1
			EN07	Enfermaria	2	1	1	1		
			EN17	Enfermaria	2	1	2	1		
			TNQ2	Quarto	1	1	2	1		
			TQN2	Quarto	2	2	2	2		
			TQN3	Quarto	3	3	3	3		
			QN06	Quarto	2	1	2	1		
			QN16	Quarto	4	4	4	4		
			QN18	Quarto	6	6	6	6		
QN25	Quarto	5	5	5	5					
NACIONAL FLEX	Nacional		FXE1	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional Flex	1
			FXQ2	Quarto	1	1	2	1		
PREFERENCIAL PLUS	Grupo de Municípios		TPPE	Enfermaria	1	1	1	1	Preferencial Plus	1
			TPPQ	Quarto	1	1	2	1		
EFETIVO	Nacional		EE02	Enfermaria	1	1	1	1	Rede Efetivo II	1
			EQ02	Quarto	1	1	2	1		
PERFIL	Grupo de Municípios		FCE1	Enfermaria	1	1	1	1	Perfil	1
			FCQ2	Quarto	1	1	2	1		
NACIONAL PLUS	Nacional	Hospitalar com Obstetrícia	HNP3	Quarto	3	3	6	3	Nacional Plus	1.4
			HNP4	Quarto	4	4	8	4		
			HNP5	Quarto	5	5	10	5		
			HNP6	Quarto	6	6	12	6		
			HNP8	Quarto	8	8	14	8		
NACIONAL	Nacional		HNE1	Enfermaria	1	1	1	1	Nacional	1
			HNQ2	Quarto	1	1	2	1		

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

Prazos para **Autorização de Procedimentos Médicos**

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

Conheça abaixo os prazos estimados para autorização a partir do recebimento da documentação devida:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	BRADESCO SAÚDE	ANS
Urgência e Emergência	Liberação imediata	Liberação imediata
Radioterapia	3 (três) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis
Oncologia	5 (cinco) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis
Internação Eletiva/Cirurgia sem Material Especial	5 (cinco) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis
Obesidade Mórbida	10 (dez) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis
Cirurgia com Material Especial	15 (quinze) dias úteis	21 (vinte e um) dias úteis

Reembolso

O Beneficiário poderá utilizar qualquer serviço que esteja coberto pelo Seguro-saúde com um prestador de sua livre escolha que não faça parte da Lista de Referência, desde que sejam respeitados a área de atuação contratada e os limites contratuais.

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

O crédito do valor a ser reembolsado será efetuado diretamente na conta-corrente do Beneficiário Titular. Para que o reembolso seja efetuado com segurança, é importante que os dados da conta-corrente do Beneficiário estejam sempre atualizados junto à Empresa.

Documentação Necessária para Solicitação de Reembolso:

O Beneficiário deverá observar o prazo máximo de 1 (um) ano, a partir da data de ocorrência do evento, para apresentação dos pedidos de reembolso.

Para o efetivo reembolso, o Beneficiário deverá apresentar toda a documentação relacionada no formulário denominado Envelope para Solicitação de Reembolso, o qual deverá ser devidamente preenchido com os dados cadastrais do Beneficiário Titular.

O formulário de reembolso está disponível no Portal bradescoseguros.com.br.

Veja, a seguir, a documentação necessária para a solicitação de reembolso dos procedimentos mais utilizados:

Reembolso

Consulta Médica

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

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

Exames

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

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

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

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

Procedimentos Ambulatoriais

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

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, deverá ser apresentada a correspondente indicação clínica, contendo a descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados para cada uma delas e os resultados dos principais exames pré e pós-operatórios;
- b) Laudo anatomopatológico, se houver;
- c) Boletim operatório, se houver;
- d) Recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo);
ou
- e) Nota Fiscal, original e quitada, contendo: nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, razão social e CNPJ do estabelecimento.

Reembolso

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

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

Internação, inclusive as de Natureza Obstétrica

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

Honorários Médicos

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

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

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

Fisioterapia, Fonoterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição

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

- a) Relatório médico, datado, assinado e carimbado, realizado exclusivamente por profissional médico regularmente inscrito no CRM, no qual devem constar: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada e o correspondente planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas para um determinado período de tempo); além de recibo, original e quitado, contendo: nome do paciente, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição da terapia e dados do profissional que realizou a terapia (nome, CPF e número de inscrição no respectivo Conselho Regional - CREFITO-F, CRP/CRM, CRFa, CREFITO-TO, CRN, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou

Reembolso

b) Nota Fiscal, original e quitada, contendo, além de todas as informações descritas na alínea anterior, razão social e CNPJ do estabelecimento onde foi/foram realizada(s) a(s) sessão(ões) de terapia. Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o relatório médico, descrito na alínea "a", deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão. Quando for realizada fisioterapia, adicionalmente, deverá ser enviado laudo do exame de imagem realizado relacionado à patologia, se houver, e que justifique a indicação da referida terapia. Quando for realizada consulta com nutricionista, adicionalmente, deverão ser enviados laudos e exames relacionados à patologia e que justifiquem a indicação da referida terapia.

Atenção:

Recomenda-se que o Beneficiário, antes de enviar todos os documentos originais com a Solicitação de Reembolso, tire cópia e as guarde para a Declaração de Imposto de Renda.

Prévia de Reembolso:

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

Para conhecer os valores de reembolso a que terá direito na utilização de um determinado serviço coberto pelo Seguro-saúde, o Beneficiário deverá ligar para a Central de Relacionamento com o Cliente, cujo telefone consta no verso do Cartão de Identificação. Basta fornecer o nome técnico do procedimento ou da cirurgia a ser realizada, o orçamento da cirurgia fornecido pelo médico e a data do evento a ser realizado.

Atenção:

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

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

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



Prazo para Cálculo da Prévia do Reembolso:

- Beneficiários Bradesco Saúde: prazo de 5 (cinco) dias úteis;
- Beneficiários Bradesco Saúde Concierge: prazo de 1 (um) dia útil.

Pagamento de Reembolso:

A Bradesco Saúde fará a análise técnica e o processamento do reembolso, conforme as coberturas e os limites contratuais do Seguro, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, entretanto, tem como meta os prazos a seguir:

- Consultas Médicas e Exames Simples: em até 5 (cinco) dias úteis;

Reembolso

- Demais Procedimentos (exames complexos, cirurgias, entre outros): em até 15 (quinze) dias úteis;
- Demais Procedimentos para o Bradesco Saúde Concierge: de 7 (sete) a 10 (dez) dias úteis (se via *courier* ou entrega na Sucursal, respectivamente).

O prazo para pagamento de reembolso começará a contar a partir do momento da entrega de toda a documentação necessária.

A Bradesco Saúde oferece diversos canais para que o Beneficiário possa solicitar reembolso de procedimentos cobertos e consultar o andamento de seus pedidos, tais como:



- Sucursais (solicitação de reembolso e consulta do andamento);
- Portal Bradesco Seguros (solicitação de reembolso exclusivamente de despesas de consulta médica, fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia e RPG e consulta do andamento);
- Aba Seguros do Internet Banking (exclusivamente para consulta do andamento);
- Aplicativo Bradesco Saúde (exclusivamente para consulta do andamento).

Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Carência

É o tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de ingresso do Beneficiário na apólice, durante o qual esse não poderá usufruir das coberturas garantidas pelo plano até que sejam cumpridos os prazos previstos em Contrato.

Os Beneficiários estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência adiante nos casos de inclusão em até 30 (trinta) dias da data de vigência da apólice ou de sua elegibilidade ao plano:

Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	ANS	BRADESCO SAÚDE
a) Urgência e Emergência	24 horas	24 horas
b) Consultas e Exames simples que não necessitam de autorização prévia	180 dias	15 dias
c) Parto a termo	300 dias	300 dias
d) Demais casos*, inclusive Fisioterapia (exceto nos casos de acidente pessoal)	180 dias	180 dias

*Cirurgias em geral, inclusive as neoplásicas malignas, as cardíacas, as vasculares e as neurológicas (inclusive hérnia de disco intervertebral), bem como as internações clínicas, os exames complementares, as terapias que necessitem de autorização prévia, além de hemodiálise e diálise peritoneal, radioterapia e quimioterapia e os transplantes e implantes de qualquer natureza.

Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Plano Hospitalar com Obstetrícia:

PROCEDIMENTO	PRAZOS	
	ANS	BRADESCO SAÚDE
a) Urgência e Emergência	24 horas	24 horas
b) Parto a termo	300 dias	300 dias
c) Demais casos*	180 dias	180 dias

*Cirurgias em geral, internações clínicas, transplantes e implantes de qualquer natureza, cirurgias neoplásicas malignas, cirurgias cardíacas, vasculares e neurológicas (inclusive hérnia de disco intervertebral), bem como os procedimentos considerados especiais descritos no Contrato.

Aproveitamento de Carências de Empresas Congêneres

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

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

Não haverá aproveitamento de carência para parto.

Empresas Congêneres:

Amil; Allianz; Caixa Seguros; Care Plus; Golden Cross; Mediservice; Omint; One Health; Porto Seguro; Sompó; SulAmérica; Unimed; Lincx e Notre Dame.

CPT - Cobertura Parcial Temporária

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

A CPT é composta por um período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da inclusão do Beneficiário, no qual ele, quando portador e sabedor de doença e lesão preexistentes, não poderá fazer uso dos seguintes procedimentos:

- Procedimento de Alta Complexidade (PAC);
- Internação em leitos de alta tecnologia;
- Eventos cirúrgicos.

Em qualquer dos casos descritos, o atendimento deve estar relacionado a doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente a Beneficiário ou por seu representante legal, bem como constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

Carência/Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Para as apólices com 30 vidas ou mais, haverá isenção de CPT para as inclusões realizadas em até 30 (trinta) dias da data de vigência da apólice ou da admissão do Beneficiário.

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

Implantação de Apólice e Inclusão de Beneficiários

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

Empresas

Empresas / Grupo Econômico

CONDIÇÕES

Empresas

- Empresa Ativa;
- Mínimo 200 (duzentas) vidas;
- Aceitação restrita nos casos de cooperativas de profissionais e trabalhadores, clubes, embaixadas e consulados, fundações, sociedades sem fins lucrativos, Empresas que exercem atividades relacionadas à veiculação de comunicação (rádios, Empresas de televisão, jornais e revistas), Empresas de atividades esportivas, grêmios, associações de classe, congregações, conselhos de classe, entidades representativas, instituições religiosas, órgãos da União, Estados e Municípios, organizações não governamentais (ONGs), partidos políticos, Empresas de *motoboys*, Empresas de segurança e empresas de transportes de produtos perigosos.
- Caso o grupo segurável possua proponentes internados, crônicos, em *home care* ou demitidos/aposentados, contate uma de nossas Sucursais.

Grupo Econômico

- Empresa Ativa;
- Empresas com um sócio em comum;
- A Empresa Subestipulante seguirá os critérios de adesão e condições praticados pela Empresa Contratante;
- Deve constar na Proposta de Seguro-saúde;

CEI não será considerado para composição de Grupo Econômico.

DOCUMENTAÇÃO

- Proposta de Seguro-saúde (no caso de a assinatura ser representada por meio do Procurador da Empresa, ele deverá entregar a procuração dentro da validade e o RG);
- Boletim de Implantação;
- Ficha de inclusão ou *layout* padrão para o preenchimento das informações;
- Declaração do oferecimento do plano Referência;
- Cópia do cartão do CNPJ atualizado;
- Contrato Social e suas alterações ou Contrato Consolidado; Estatuto e Atas só serão aceitos se devidamente registrados:
 - a) Empresas Limitadas - LTDA: Contrato Social e alterações contratuais;
 - b) Sociedade Anônima - S.A.: Estatutos e Atas;
 - c) Sócios Diretores – os Contratos Sociais em fase de registro serão aceitos, mediante apresentação de protocolo emitido há, no máximo, 30 (trinta) dias, comprovando o pedido de registro na Junta Comercial ou no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas (RCPJ), e de carta da Empresa Contratante informando que os proponentes fazem parte do grupo segurável.
- Certificado de Regularidade do FGTS (CRF):
 - a) com *status* de “Regular”: Aceito;
 - b) com *status* de “As informações disponíveis não são suficientes para a comprovação automática da regularidade do empregador perante o FGTS” – Aceito mediante regularização da pendência ou envio de carta da Empresa Contratante justificando a irregularidade com a CEF;
 - c) com *status* de “Não cadastrado” – Não será aceito, excetuando-se as Empresas em constituição, mediante comprovação.
- Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (SEFIP), competência dentro dos 60 (sessenta) dias anteriores ao início de vigência da apólice. Deve estar acompanhado por:
 - a) Guia de Recolhimento Financeiro (GRF), quitada;
 - b) Relação dos Trabalhadores (RE), constante no arquivo SEFIP;
 - c) Resumo do Fechamento;
 - d) Resumo das Informações à Previdência Social;
 - e) Relação de Estabelecimentos Centralizados (REC) ou Relação de Estabelecimento Tomadores (RET), exclusivamente quando houver centralização dos depósitos do FGTS;
 - f) Protocolo de envio de conectividade;
 - g) Procuração eletrônica (se o envio da conectividade for feito por terceiros).
- SEFIP sem movimento: solicitar o FGTS sem movimento quando não houver funcionários registrados na Empresa;
- Termo de Integração de Subestipulante Grupo Econômico (somente quando houver), disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários).

Implantação de Apólice e Inclusão de Beneficiários

Prestador de Serviço (Pessoa Jurídica)

CONDIÇÕES

- Empresa Ativa;
- Será incluído como Subestipulante e seguirá os critérios de adesão e condições praticados pela Empresa Contratante. O pagamento será de responsabilidade do Estipulante;
- Deve constar na Proposta de Seguro-saúde.

CEI / MEI não serão considerados Prestadores de Serviço pessoa jurídica.

DOCUMENTAÇÃO

- Contrato de Prestação de Serviço registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos, com vigência mínima de 12 (doze) meses;
- Três últimos comprovantes de pagamento;
- Atos constitutivos da Empresa Prestadora de Serviços (FGTS, CNPJ, Contrato Social e suas alterações ou Contrato Consolidado) registrados na Junta Comercial ou no RCPJ;
- Termo de Integração de Subestipulante Prestador de Serviço, enviado pela Área de Relacionamento conforme demanda;
- Boletim de Implantação agrupada na GNS do Estipulante.

CEI (Cadastro Específico do INSS)

CONDIÇÕES

Empresa Ativa, com aceitação dos seguintes proponentes, mediante **registro da matrícula no CEI, vigente há, no mínimo, 6 (seis) meses:**

- produtor rural, independente de ser o proprietário da terra, sendo necessária a comprovação de existência de funcionários mesmo que esses não sejam incluídos no Seguro;
- tabelião concursado;
- pessoa física, não-produtora rural, que adquire produção rural para venda ("intermediário");
- Empresa construtora ou consórcio para execução de obra; e
- profissionais liberais, sendo limitado a médico, dentista, engenheiro e advogado.

Não serão aceitos:

- **CEI de Empregadores Domésticos;**
- **CEI para composição de Grupo Econômico;**
- **CEI como Prestador de Serviço pessoa jurídica;**
- **Aproveitamento de carências para CEI.**

DOCUMENTAÇÃO

- Proposta de Seguro-saúde (no caso da assinatura ser representada por meio do Procurador da Empresa, ele deverá entregar a procuração dentro da validade e o RG);
- Declaração do oferecimento do plano Referência, devidamente assinada e carimbada pela Empresa Contratante, quanto à sua ciência do oferecimento do plano Referência;
- Cartão do CEI (atualizado) emitido pelo site da Receita Federal;
- Declaração de Autenticidade assinada e com firma reconhecida em cartório, disponibilizada no Portal de Negócios (Formulários);
- CRF - Certificado de Regularidade do FGTS com status de "Regular".

Exclusivamente para produtor rural serão exigidos a mais os seguintes documentos:

- Em casos de proprietário – Escritura da Fazenda ou Registro de Imóveis;
- Em casos de arrendatário – Escritura da Fazenda ou Registro de Imóveis + contrato de arrendamento;
- Em casos de comodatário – Escritura da Fazenda ou Registro de Imóveis + contrato de comodato;
- Em caso de produtor agrícola – Escritura da Fazenda ou Registro de Imóveis + qualquer contrato que ratifique que aquele produtor rural foi autorizado a produzir da terra de um proprietário (contrato de produção agrícola).

Exclusivamente para Profissionais liberais, médico, dentista, engenheiro e advogado, será exigido a mais o seguinte documento:

- Registro profissional no órgão responsável.

Exclusivamente para Cartório (tabelião concursado), serão exigidos a mais os seguintes documentos:

- Nomeação do Tabelião/Oficial em Diário Oficial; ou
- Termo de Investidura no qual informe a posse do cargo de Tabelião/Oficial por meio de concurso público; ou
- Declaração assinada pelo Desembargador informando a posse do cargo de Tabelião/Oficial por meio de concurso público.

Implantação de Apólice e Inclusão de Beneficiários

Congêneres

CONDIÇÕES

- São consideradas Empresas Congêneres: Allianz; Amil; Caixa Seguros; Care Plus; Gama; Golden Cross; Lincx; Notre Dame; Omint; Porto Seguro; SOMPO; SulAmérica e Unimed;

O aproveitamento de carências de Empresas Congêneres será analisado pela Bradesco Saúde, sendo obedecidas as seguintes regras técnicas:

- Ser um plano regulamentado pela Lei 9.656/98;
- Inexistência de descontinuidade na cobertura;
- **Para os planos Premium e Nacional Plus, adicionalmente, a Bradesco Saúde avaliará a compatibilidade de padrão entre o plano de origem (congênera) e plano de destino.**

Não haverá aproveitamento de carências:

- Nos casos de Beneficiários oriundos de planos enfermária e que optem pela contratação de plano de acomodação quarto na Bradesco Saúde;
- De planos de origem com segmentação assistencial inferior a do plano de destino;
- Beneficiários que permaneceram por menos de 6 (seis) meses na congênera;
- Para cobertura de parto;
- Para doenças e lesões preexistentes;
- CEI.

DOCUMENTAÇÃO

- Carta de permanência no Seguro, contendo a data do efetivo cancelamento do Beneficiário, assinada pela congênera. Caso não conste a data de cancelamento, serão aceitas cartas emitidas até 30 (trinta) dias antes da quitação da CCB;
- Cópia das carteirinhas;
- Nos casos de Beneficiários oriundo dos Ramos Individual ou Coletivo por Adesão, além dos documentos acima citados, será necessário o envio do último boleto quitado.

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

As Condições Gerais (CGs) disponibilizadas no Portal de Negócios não deverão ser assinadas pela Empresa Contratante. Elas servem de base para subsidiar a contratação. Posteriormente à implantação, as CGs e eventuais Condições Particulares (CPs) serão emitidas e entregues à Empresa Contratante para assinatura.

Titulares e Dependentes quando Previstos no Grupo Elegível

Empregados

CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

DOCUMENTAÇÃO

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

Diretor Estatutário, Sócios com Poderes de Gestão e Administradores

CONDIÇÕES

Deve constar no Contrato Social.

DOCUMENTAÇÃO

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

Implantação de Apólice e Inclusão de Beneficiários

Estagiário

CONDIÇÕES

Sem limite de idade.

DOCUMENTAÇÃO

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

Menor Aprendiz

CONDIÇÕES

Entre 14 e 24 anos de idade.

DOCUMENTAÇÃO

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

Expatriado / Estrangeiro

CONDIÇÕES

Comprovar vínculo empregatício.

DOCUMENTAÇÃO

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

Demitidos e Aposentados

CONDIÇÕES

Somente com extensão de benefício legal, concedido pela Empresa.

DOCUMENTAÇÃO

Implantação da Apólice

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

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

- a) Rescisão contratual;
 - b) Formulário com numeração "0628A", disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários);
- Ficha de inclusão, nos casos de inclusão no momento da implantação da apólice.

Durante a Vigência da Apólice na Bradesco Saúde

- Documento comprobatório da demissão/aposentadoria;
- Carta timbrada ou com o carimbo do CNPJ de solicitação do RH da Empresa Contratante;
- Formulário com numeração "0628", disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários):
 - a) havendo Beneficiários contributários, adicionalmente, deverá ser enviado formulário com numeração "0628A", disponibilizado no Portal de Negócios (Formulários).

Implantação de Apólice e Inclusão de Beneficiários

Afastado

CONDIÇÕES

Devem fazer parte do plano.

DOCUMENTAÇÃO

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

Dependentes

CONDIÇÕES

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

DOCUMENTAÇÃO

- **Cônjuge:** Certidão de Casamento;
- **Companheiro(a):** Declaração, em cartório, de união estável ou comprovante de endereço em comum e carta do proponente Titular solicitando a inclusão;
- **Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 24 anos, 11 meses e 29 dias de idade como dependentes no Seguro-saúde, independente de serem ou não universitários:** Certidão de Nascimento ou Registro Geral (RG); Declaração de Matrícula da Instituição de Ensino Superior;
- **Filhos inválidos de qualquer de idade:** Cópia do Imposto de Renda e Laudo Médico informando que o dependente é inválido para exercer atividade laboral;
- Ficha de inclusão.

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

Diferenciais da Bradesco Saúde



Livre Escolha de Prestadores

Com reembolso de procedimentos cobertos, sendo respeitados a área de atuação e os limites contratados.

O Beneficiário pode solicitar o reembolso de despesas de consulta médica, fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia e RPG pelo Portal da Bradesco Seguros.

Para solicitar o reembolso de outras despesas, o Beneficiário deverá procurar a Sucursal mais próxima. Além disso, o Beneficiário pode acompanhar o andamento das solicitações pelo portal, aplicativo, SMS e e-mail.



Contratação Conjugada ao Plano Odontológico

Proporciona uma série de vantagens, como custos competitivos e movimentação cadastral integrada, em que o mesmo cartão é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Coberturas Adicionais

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

Também será possível ampliar os limites de determinadas coberturas.



Meu Doutor Bradesco Saúde

É um serviço pioneiro e exclusivo da Bradesco Saúde que conta com profissionais selecionados por prezarem pela qualidade do atendimento e o cuidado assistencial. O Beneficiário pode acessar, pela internet, a agenda dos médicos e solicitar a marcação da sua consulta. É simples, rápido e seguro.

Atualmente, o serviço está disponível nas especialidades de Clínica Médica*, Pediatria*, Traumatologia-ortopedia**, Cardiologia***, Coluna***, Diabetes***, Doença Coronariana**** e Ortopedia Ombro, Joelho e Quadril****.

*Serviço disponível para agendamento *on-line* e oferecido em Porto Alegre (RS), Santo André (SP), São Bernardo (SP), São Caetano (SP), Osasco (SP), Guarulhos (SP), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e Grande Rio (RJ) para todas as linhas de plano. Pediatria disponível também em Diadema (SP).

**Serviço disponível para os planos Premium, Nacional Plus e Nacional, exclusivamente em São Paulo. O agendamento deve ser feito por telefone.

***Serviço disponível para agendamento *on-line* e oferecido em São Paulo (SP) para as todas as linhas de plano.

****Serviço disponível para agendamento *on-line* e oferecido no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, para todas as linhas de plano.



Segunda Opinião Médica

Trata-se de uma consulta, sem custo, com um profissional especialista com o objetivo de enriquecer o diagnóstico por meio de uma avaliação diferenciada. No Programa 2ª Opinião Médica, estão contemplados os seguintes casos com indicação cirúrgica, sendo respeitadas as coberturas contratadas: Doenças Degenerativas da Coluna; Escoliose; Bucomaxilofacial; Dispositivos Cardíacos (Marca-passo) e Obesidade (Bariátrica).

Diferenciais da Bradesco Saúde



Remissão

Em caso de falecimento do Beneficiário Titular, é assegurada a isenção de pagamento ao(s) dependentes(s) pelo período de até 1 (um) ano. No caso de filho(s) dependente(s), o benefício será garantido até os 24 anos, 11 meses e 29 dias. Para os demais dependentes, inclusive filhos inválidos, não há limite de idade.

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



Assistência em Viagem (Seguro Viagem Bradesco)

Disponível para os planos **Premium*, Nacional Plus*, Nacional e Preferencial Plus**. Com ela, é possível obter uma série de coberturas no caso de acidentes, acontecimentos imprevistos e doenças com manifestação súbita e aguda, quando o Beneficiário estiver em viagem no Brasil a mais de 100km do município de sua residência, bem como em viagens ao exterior. Em ambos os casos, é necessário que o Beneficiário não esteja afastado de sua residência permanente por período superior a 90 (noventa) dias em uma mesma viagem.

A Assistência Pessoal está contemplada automaticamente nos Seguros contratados na modalidade pré-pagamento. Para os Contratos na modalidade pós-pagamento, a inclusão é opcional.

*Para esses planos, está prevista também a cobertura para o Tratado de Schengen.



Clube de Vantagens

O Clube de Vantagens Bradesco Seguros oferece, sem custo adicional, descontos em diferentes categorias, como gastronomia, viagens, serviços de assistência, educação, vestuário, lazer e entretenimento. São diversas ofertas cadastradas em estabelecimentos conveniados em todo o País. Para ter acesso aos descontos, basta possuir, pelo menos, um produto do Grupo Bradesco Seguros e se cadastrar no site clubedevantagens.bradescoseguros.com.br.

Não é necessário acumular pontos para participar.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Desconto Farmácia*

Com o objetivo de oferecer o melhor aos seus Beneficiários, a Bradesco Saúde, em parceria com a Orizon, oferece descontos de até 85% em mais de 2.400 medicamentos genéricos e de marca, disponíveis em cerca de 11.000 farmácias credenciadas Orizon.

*Vantagem válida enquanto vigorar o Contrato entre a Bradesco Saúde e a Orizon, que possui acordo com as redes conveniadas. O desconto, não acumulativo, incide sobre o preço máximo de venda ao consumidor.



Bradesco Saúde Concierge

Faz parte do plano Premium, em todo o território nacional, e do Nacional Plus, no caso de Beneficiários residentes nas seguintes regiões: Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Salvador. No caso de apólices Administradas, a contratação é opcional, sendo respeitadas as mesmas áreas de atuação. Com ele, o Beneficiário tem acesso a uma série de serviços exclusivos*, sempre com a comodidade, a praticidade e a segurança que ele merece.

O Bradesco Saúde Concierge disponibiliza Salas Vip em centros de referência médica do País. Em São Paulo, é possível encontrá-las no Hospital Sírio-Libanês, no Hospital Israelita Albert Einstein e no HCor (Hospital do Coração). No Rio de Janeiro, a Casa de Saúde São José conta com uma dessas salas.

*Os serviços de Assistência em Viagem com Cobertura para o Tratado de Schengen, Orientação Médica por Telefone, Central de Marcação de Exames Especiais, *Welcome Home*, Importação de Medicamentos, Segunda Opinião Médica Internacional, Prontuário Eletrônico, Central de Suporte à Obtenção de Vagas, Lista de Referências Médicas e Saúde em Equilíbrio estão disponíveis em todo o território nacional. Já a Coleta Expressa de Documentos para Solicitação de Reembolso, Atendimento Móvel para Realização ou Coleta de Exames, *Welcome Baby* e Vacinas do Viajante estão disponíveis exclusivamente nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Salvador. Os serviços do Bradesco Saúde Concierge são válidos enquanto vigorarem os Contratos ou acordos com as Empresas que os operam.



Programa Juntos pela Saúde

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

Diferenciais da Bradesco Saúde



Aplicativo Legislação de Saúde Suplementar para iPad

Desenvolvido para auxiliar os Beneficiários e gestores de RH, o aplicativo permite o acesso a toda legislação voltada para o mercado de Saúde Suplementar no Brasil em um só lugar. Além disso, proporciona interface organizada e de fácil acesso, busca avançada por palavra-chave, número da norma, tipo, assunto, origem e data da publicação. Sua atualização é constante.



Certificação no Processo de Acreditação no Brasil

Com aproximadamente 3,8 milhões de Beneficiários em todas as regiões do Brasil, a Bradesco Saúde é líder do setor de saúde suplementar, mas segue na busca pela melhoria contínua. Por isso, certificou seus procedimentos de acordo com os mais elevados padrões.

Acreditação é um sistema de certificação de que práticas implementadas pelas instituições de saúde atendam a padrões de excelência.

Em 2012, a Bradesco Saúde foi a 1ª Operadora de Saúde do País a ter sua qualidade certificada pelo método da Acreditação, nos padrões da ANS, e, em 2015, recebeu, pela segunda vez consecutiva, a classificação mais alta. A certificação tem validade de 2015 a 2019.



Projeto Afinidade

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

Trata-se de uma forma de comunicação com os Colaboradores e familiares que possibilita à Empresa ter sua identidade reforçada por meio do Cartão de Identificação com a logomarca da Empresa juntamente com a logomarca da Bradesco Saúde. Esse diferencial está disponível para apólices a partir de 3.000 vidas. Para mais informações, consulte a Operadora.



Sistema de Informações Gerenciais - SIGE

A Bradesco Saúde disponibiliza aos Contratantes relatórios sob medida. Ágil, inovador e completo, o sistema permite desenvolver, em conjunto com a Operadora, ações focadas na promoção da saúde e na qualidade de vida. O Contratante tem, à sua disposição, o histórico dos últimos 36 meses. Permite a visualização nas seguintes opções: despesas por prestador de serviço, despesas por procedimento, estatística de consultas e estatística de exames, dentre outras.

Diferenciais da Bradesco Saúde



Webtran

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



Status de Senha

Permite ao Beneficiário consultar, pelo *site* bradescoseguros.com.br ou pelo APP Bradesco Saúde, a situação dos pedidos que necessitam de autorização.

A funcionalidade tem atualização imediata, sincronizada com os sistemas da Bradesco Saúde, e contém as seguintes informações: identificação do prestador, data em que o procedimento médico-hospitalar foi solicitado e a posição atualizada de cada etapa do processo. Além disso, sempre que houver autorização, a senha será informada. Também é possível consultar o histórico dos pedidos de autorização dos últimos 6 (seis) meses.

Canais Importantes

CRC - Central de Relacionamento com Cliente:

Linha de telefone especial para contato, de forma simples e rápida, com a Operadora. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Nesse canal, o Cliente pode esclarecer suas dúvidas e obter informações sobre coberturas, cálculo prévio e acompanhamento de reembolso, além de informações sobre a Rede Referenciada, entre outras.

4004 2700 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2700 (demais localidades)

Serviço de Atendimento ao Consumidor:

Serviço telefônico gratuito, disponível todos os dias, ininterruptamente, para resolução de problemas na relação de consumo, por meio do fornecimento de informações públicas e de recebimento de reclamações de todos os produtos e serviços comercializados. São informações públicas aquelas de caráter institucional do Grupo Bradesco Seguros, endereços e telefones de Sucursais, Corretores e prestadores de serviços vinculados ao negócio, horários de funcionamento das Sucursais e canais de atendimento, endereços de *sites* do Grupo Bradesco Seguros, dentre outras.

0800 727 9966

Canais Importantes

SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala:

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

0800 701 2708

Central de Relacionamento com Cliente Concierge:

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

4004 2726 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 701 2726 (demais localidades)

Ouvidoria:

Além dos canais mencionados anteriormente, a Bradesco Seguros dispõe de uma Ouvidoria. Trata-se de um sistema exclusivo de relacionamento com os Clientes e Corretores, destinado a receber e a responder a reclamações, sugestões e elogios. A ótima relação com seus clientes e a excelência no atendimento são prioridades absolutas da Bradesco Seguros. A Ouvidoria foi instituída para garantir um atendimento de qualidade, nos segmentos de seguro, previdência complementar aberta e capitalização, em qualquer canal de comunicação: telefone, *e-mail*, carta etc.

O prazo de resposta é de até cinco dias úteis.

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

0800 701 7000

Deficiência Auditiva/Fala: 0800 701 7877

Portal Bradesco Seguros para Empresas (Área do Estipulante):

Canal exclusivo para que os gestores possam obter informações relacionadas ao plano contratado. Nele também é possível utilizar alguns serviços, como impressão de segunda via de boleto, busca de Sucursal, Rede Referenciada, obter extratos de participação do Beneficiário, dentre outros.

Canais Importantes

Portal Bradesco Seguros para Beneficiários (Área do Segurado):

Canal exclusivo em que o Beneficiário pode consultar informações relacionadas ao plano contratado, tais como:

- Rede Referenciada;
 - Reembolso;
 - Extrato de participação do Beneficiário;
 - 2ª via de extrato de Imposto de Renda;
 - Manual do Beneficiário;
 - Dicas de utilização.
-

Portal Bradesco Seguros para Corretores:

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

- Informação sobre Produtos;
- Rede Referenciada;
- Solicitação de Estudo Bradesco Saúde Empresarial;
- Cadastro de Produtores;
- Material de Apoio.

Contratação Conjugada ao **plano odontológico**

Proporciona uma série de vantagens, como custos competitivos e movimentação cadastral integrada. O beneficiário usa o mesmo cartão do Plano, que passa a ser reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.



Sobre a **Bradesco Dental**



A Bradesco Dental, marca do Grupo OdontoPrev, Empresa líder no mercado brasileiro de assistência odontológica com cerca de 6,4 milhões de brasileiros Beneficiários e uma Rede Credenciada com mais de 28 mil Credenciados, disponibiliza tanto ao segmento corporativo como ao massificado um amplo conjunto de soluções, como:

- ✓ Bradesco Dental Empresarial - para Empresas com mais de 200 vidas;
- ✓ Bradesco Dental SPG - para Empresas com até 199 vidas;
- ✓ Bradesco Dental Ideal - para pessoa física nas modalidades mensal ou anual.

Do ponto de vista negocial, o mercado privado de saúde no Brasil está em expansão, e o setor de odontologia, particularmente, vem apresentando as maiores taxas de crescimento.

Vários são os fatores que impulsionam esse crescimento, entre eles, podemos destacar:

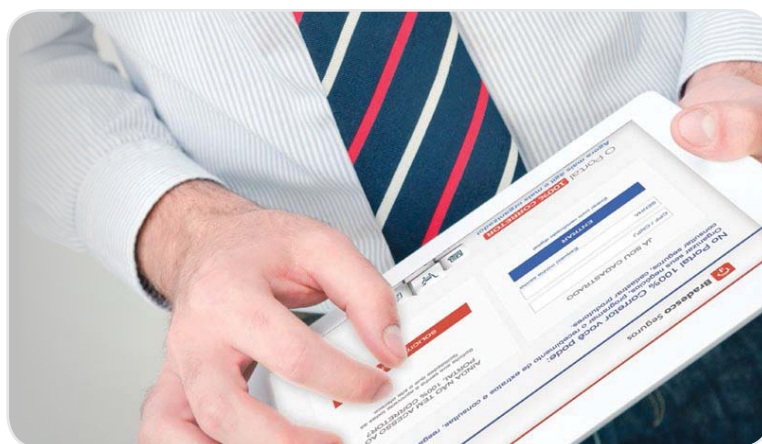
- ✓ **Desequilíbrio estrutural entre oferta e demanda de serviços:** uma das maiores ofertas de profissionais do mundo somada a uma grande parte da população sem acesso aos serviços pela falta de mecanismos eficientes de financiamento e gestão do sistema;
- ✓ **Falta da alternativa do sistema público:** a pequena e precária oferta de atendimento odontológico por parte do Estado deixa a maior parte da população sem acesso a tal atendimento;
- ✓ **A crescente penetração dos planos odontológicos nos pacotes de benefícios das Empresas:** inicialmente restrito às grandes corporações, o benefício dental cresce de forma contínua em organizações de médio e pequeno porte.
- ✓ **As oportunidades representadas pelo interesse crescente de novos canais de distribuição,** como Corretores de seguro e consultorias de benefícios.

Relacionamento Bradesco Dental - Corretor

PORTAL DE NEGÓCIOS

Com o objetivo de ser seu ambiente de trabalho *on-line*, o Portal de Negócios disponibiliza, de forma prática e segura, uma série de serviços que possibilitam um correto gerenciamento de sua carteira de Clientes no segmento odontológico.

Confira abaixo os serviços que podem ser acessados e comece a navegar hoje mesmo:



A) EMISSÃO EXPRESSA SPG

B) MOVIMENTAÇÃO EXPRESSA SPG

C) CONDIÇÕES GERAIS

- Bradesco Dental Empresarial

D) APOIO À VENDA

- Propostas
- Manuais dos produtos
- Folheteria

E) COBERTURAS DO PRODUTO EMPRESARIAL

F) INFORMAÇÕES

- Normas Editadas pela ANS para Planos Coletivos
- Rol de Procedimentos
- Vantagens para o Beneficiário
- Rede Credenciada Bradesco Dental

G) DEMAIS SERVIÇOS

- Cartões Virtuais

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

Pós-venda Bradesco Dental Empresarial

Disponibilizamos uma estrutura de atendimento tanto à Empresa como a seus Colaboradores.

A) PARA A ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

Células de Atendimento Multifuncionais compostas por membros dos mais diversos departamentos da Companhia, que estão sempre atentos aos detalhes e às necessidades de cada Cliente. São diferentes expertises para um único objetivo: oferecer o melhor atendimento corporativo em saúde bucal.

- 2ª via de boleto / CCB;
- Refaturamento nos casos de reativação do Contrato;
- Inclusões, exclusões, 2ª via de carteirinhas;
- Cancelamento de Contrato;
- Troca de Corretor;
- Ocorrência de Rede – reclamações referentes a tratamentos odontológicos e/ou insuficiência de rede;
- Reembolso – acompanhamento do processo em casos especiais;
- Atualização cadastral da Empresa.

B) PARA O COLABORADOR BENEFICIÁRIO

Dúvidas, Solicitações, Reclamações e Orientações podem ser realizadas diretamente nos canais de comunicação disponíveis. As Centrais de Atendimento Bradesco Dental estão à disposição dos Beneficiários para atendê-los por completo:

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

C) PARA O CORRETOR

O atendimento em relação às dúvidas do produto pode ser realizado por meio das Sucursais Bradesco.

Produtos Bradesco Dental Empresarial

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

- Ampla Rede Credenciada nacional com mais de 28 mil cirurgiões-dentistas altamente qualificados.
- Livre escolha de prestadores, com reembolso de despesas dos procedimentos cobertos de acordo com o plano contratado.
- Diversas opções de planos odontológicos com coberturas abrangentes, superiores aos procedimentos mínimos obrigatórios por lei.
- Contratação compulsória ou opcional (adesão).
- Planos com ou sem coparticipação e com possibilidade de isenção total de carências: o plano passa a valer logo após a contratação.
- Ferramentas de gestão que permitem mais agilidade e transparência na administração do plano.
- Desconto especial ao ser contratado conjuntamente com o Seguro-saúde Bradesco Saúde, oferecendo ainda uma série de vantagens à Empresa como: emissão de fatura única, movimentação cadastral integrada e um único cartão que é reconhecido tanto na rede médica quanto na odontológica.

Planos Bradesco Dental Empresarial:

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

Planos

ESSENCIAL: Possui 187 eventos cobertos.

ESSENCIAL PLUS: Possui 197 eventos cobertos.

ESSENCIAL TOP: Possui 261 eventos cobertos.

PREMIUM: Possui 209 eventos cobertos.

PREMIUM PLUS: Possui 212 eventos cobertos.

PREMIUM TOP: Possui 304 eventos cobertos.

PREMIUM TOP - IMPLANTES: Possui 329 eventos cobertos.

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

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

Diagnósticos - consultas

Emergência / Urgência - alívio de dor

Dentística - obturações e restaurações em resina, amálgama e ionômero de vidro

Odontopediatria - tratamentos especializados para crianças

Radiologia - raio-X

Prevenção - limpeza dos dentes

Periodontia - tratamentos de gengiva inclusive raspagens

Endodontia - tratamento e retratamento de canais

Cirurgia - extrações realizadas em consultório

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

Ortodontia - aparelho, documentação e manutenção ortodôntica

Abrangência

O produto tem abrangência nacional com Rede Credenciada de clínicas e dentistas que atenderão a Bradesco Dental sob a designação de Rede UNNA.

Modalidade de **Inclusão**

Inclusão compulsória ou automática:

No início da vigência do Contrato, todos os Colaboradores (FGTS da Empresa) e seus dependentes são incluídos no plano ou, ainda, pode ser definido contratualmente apenas para um determinado grupo homogêneo de Colaboradores.

Inclusão espontânea ou opcional:

(exclusivamente para Empresas a partir de 100 vidas)

A partir do início da vigência, haverá um prazo de 30 (trinta) dias para que os Colaboradores e seus dependentes possam optar pela inclusão no Contrato, conforme regras específicas negociadas entre as partes. Essa modalidade condiciona a adesão mínima de 30% da população elegível, desde que não seja inferior a 50 vidas.

Inclusão mista (compulsória para Titulares e opcional para dependentes):

A Empresa Contratante subsidia integralmente o benefício para os seus Colaboradores e oferece a eles a possibilidade de inclusão opcional dos seus dependentes, com o custeio desses assumido pelo Titular, com desconto em folha de pagamento.

Formas de **Contratação**

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

Pré-pagamento: o valor da mensalidade é previamente calculado de acordo com as necessidades da Empresa Contratante.

Pós-pagamento: o faturamento é concluído após análise periódica dos custos dos serviços que os Beneficiários utilizaram, acrescido de tributos e de uma taxa de administração previamente acordada com a Empresa Contratante.

Reajuste do Contrato

O reajuste financeiro da contribuição mensal terá, por base, a variação dos custos odontológicos, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do plano, segundo índices auditados por instituição externa idônea.

A periodicidade do reajuste da contribuição mensal é anual, incidindo no aniversário do Contrato, relativo à sua data-base, salvo quando vigorar prazo diverso estabelecido em legislação aplicável.

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

Vigência e Renovação do Contrato

A vigência padrão do Contrato é de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data definida na Proposta Comercial assinada pelo Contratante, desde que devidamente ratificada pela Operadora. O Contrato será renovado automaticamente, por tempo indeterminado, caso não haja manifestação contrária de qualquer uma das partes, por escrito, e com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e não caberá a cobrança de taxas ou qualquer outro valor por esse motivo.

Grupo Elegível

Beneficiário Titular

- Pessoas que tenham vínculo empregatício comprovado com o Contratante por meio de Contrato Social ou FGTS.

Beneficiário Dependente

- Consideram-se dependentes do Beneficiário Titular:
 - a) Cônjuge ou companheiro(a);
 - b) Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 29 (vinte e nove) anos de idade, se comprovadamente universitários, e filhos inválidos, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do Beneficiário Titular.

Poderão ser aceitos:

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

Não poderão ser aceitos:

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

Atenção:

Não são elegíveis ao plano prestadores de serviços e procuradores, bem como agregados (pessoas que possuem vínculo com o Titular diferente do previsto para dependentes).

Rede UNNA

É a marca que representa a Rede Credenciada formada por cirurgiões-dentistas que atenderão aos Beneficiários dos planos Bradesco Dental. Essa rede garante atualmente o atendimento a mais de 6,4 milhões de Beneficiários dos mais diversos produtos e marcas do grupo, utilizando um único modelo operacional.

Muitas inovações marcam a criação desse conceito único, que conta com profissionais de qualidade, as melhores práticas em odontologia, processos mais simplificados e incorporação de novas tecnologias. Seu modelo operacional foi elaborado por um seleto grupo de profissionais da antiga Rede Credenciada e docentes de reconhecidas instituições acadêmicas e de pesquisa, em conjunto com integrantes do Grupo OdontoPrev. Seu desenvolvimento levou, em conta, diretrizes científicas nacionais e internacionais, como a FDA - *Food and Drug Administration* (USA).

A Rede UNNA possui uma ampla Rede Credenciada capaz de oferecer aos Beneficiários do Grupo OdontoPrev profissionais qualificados e rápido atendimento nas diferentes regiões do Brasil. Está presente em todo o território nacional com cerca de 28 mil Credenciados e mais de 2,3 mil municípios atendidos.

A) Princípios da Rede UNNA

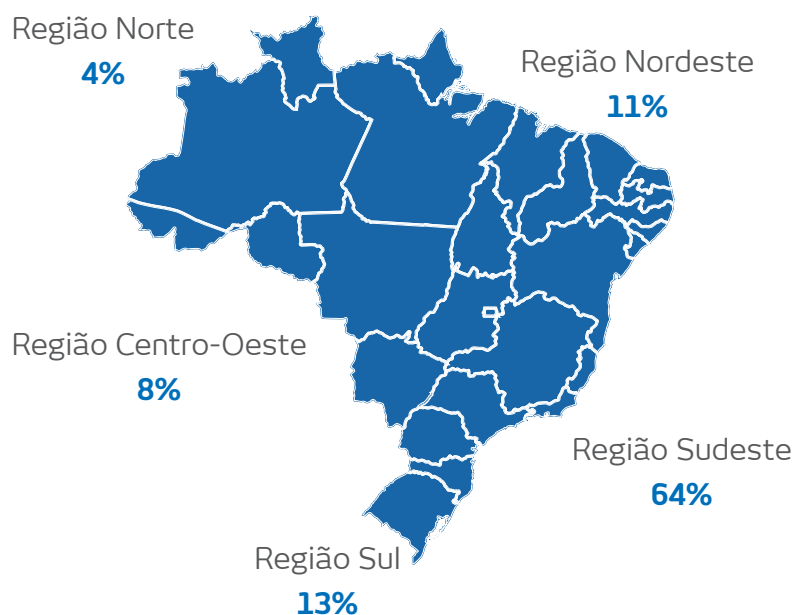
- Preocupação com o bem-estar das pessoas, por meio de cuidados com a saúde bucal;
- Compromisso com a excelência odontológica, oferecendo serviços de alta qualidade;
- Atendimento às regras e exigências dos órgãos que regulamentam a atividade;
- Transparência e respeito aos profissionais Credenciados;
- Inovação constante e crescimento sustentável.

B) Vantagens para os Beneficiários

- Balanceamento da Rede Credenciada: a criação da Rede UNNA aumentou significativamente a quantidade de cirurgiões-dentistas Credenciados e o número de municípios atendidos. Novos processos foram implementados, permitindo antecipar e agilizar novos credenciamentos, oferecendo uma Rede Credenciada ampla e dimensionada de maneira equilibrada.
- Gestão de qualidade: um sistema único de gestão da saúde em odontologia, que inclui acompanhamento de qualidade em 100% dos tratamentos realizados, proporcionando maior segurança e tranquilidade para as Empresas e os Beneficiários.
- Abrangência: a Rede UNNA oferece uma abrangência inigualável, com atendimento em diversas regiões do Brasil. Essa ampla oferta de profissionais possibilita que o Beneficiário tenha sempre uma boa opção de atendimento por perto.

Rede UNNA

Números da Rede UNNA



C) Indicação de Novos Dentistas

A Rede UNNA, por meio de um novo modelo de gestão, identifica e inicia automaticamente os processos de credenciamento nas localidades que necessitam de ampliação de Rede Credenciada. Essa solução permite antecipar e agilizar novos credenciamentos, oferecendo uma Rede Credenciada ampla e dimensionada, conforme as necessidades dos Clientes.

Caso exista a necessidade de indicação de cirurgião-dentista, temos disponível um canal para receber essas indicações: solicitacoes@redeunna.com.br.

Solicitação de Estudo/Proposta

O Estudo/Proposta deve ser solicitado diretamente na Sucursal. Em caso de dúvidas, contate a Sucursal Bradesco (equipe OdontoPrev).

Reembolso

Todo Beneficiário que possui um plano Bradesco Dental conta com a vantagem de utilizar o dentista de sua preferência e a possibilidade de solicitar reembolso do tratamento coberto pelo plano contratado.

O processo de solicitação de reembolso deverá ser feito pelo Beneficiário do plano e o dentista escolhido, não existindo interveniência da Agência/Corretor nesse processo. Caso o Beneficiário tenha dúvidas sobre o processo de reembolso, oriente-o a ligar para a Central de Relacionamento.

Para utilização desse benefício, seguem abaixo as principais informações para a sua utilização.

Solicitando a Prévia do Reembolso

Antes de iniciar o tratamento, o Beneficiário poderá solicitar a prévia de reembolso. O valor prévio estará disponível em até 48 (quarenta e oito) horas. Para isso, envie o formulário Descrição de Serviço Odontológico (DSO), preenchido com o orçamento do cirurgião-dentista, para o fax 011 4878-8299 ou 4878-8298.

Após esse prazo, o Beneficiário deverá ligar para a Central de Relacionamento para ter o resultado da prévia do reembolso.

1. Onde é Possível obter o Formulário Descrição de Serviço Odontológico (DSO)

O formulário poderá ser obtido pela internet, no Portal bradescodental.com.br.

Atenção:

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

2. Preenchendo o Formulário

No formulário, há campos que são de responsabilidade do Beneficiário Titular ou do cirurgião-dentista.

Atenção:

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

2.1. Preenchimento da Capa do DSO

A) Dados Pessoais

- Nome do Beneficiário Titular;
- Nome do Beneficiário paciente;
- Número/apólice do Beneficiário paciente;
- Local de entrega da solicitação na Sucursal;
- Data de entrega da solicitação na Sucursal;
- Empresa em que trabalha.

Reembolso

B) Informações sobre os Recibos

- Nome do Prestador de Serviço/Executor;
- CPF ou CNPJ;
- Data do evento;
- Valor do recibo;

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

C) Preenchimento do Formulário da DSO

- Número do Cartão do Beneficiário paciente;
- Nome do Beneficiário paciente;
- Nome do Beneficiário Titular;
- Nome do Cirurgião-dentista/Clínica executora;
- CPF ou CNPJ do executor.

2.2. Campos de Responsabilidade do Cirurgião-dentista

A) Descrição Detalhada do Plano de Tratamento e Orçamento

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

B) Dados do Cirurgião-dentista

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

3. Como deve ser enviado o Formulário?

3.1 Encerrando o Processo para Requisição do Reembolso

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

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

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

4. Efetivação do Reembolso - Considerações Finais

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

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

Carência

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

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

Documentação Necessária para **Implantação de Apólice**

1º - Proposta Comercial de Contrato de Operações de Plano

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

2º - Ficha de Inclusão

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

3º - Documentos Necessários da Empresa

Em caso de sociedade:

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

Em caso de firma individual:

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

Em caso de condomínio:

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

Em casos de cooperativas e associações:

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

4º - Cartão CNPJ

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

Obs.: Todas as cartonagens deverão estar atualizadas e sem rasura.

Diferenciais da Bradesco Dental

Os produtos apresentam vários diferenciais de mercado, que também devem ser apresentados como fortes argumentos para os Clientes, conforme abaixo:



Custo-benefício que faz valer o investimento da Empresa

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



Ampla Rede Credenciada

Mais de 28.000 Credenciados distribuídos em cerca de 2,3 mil municípios em todo o Brasil.

Diferenciais da Bradesco Dental



Livre escolha de prestadores

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



Solidez, confiança e credibilidade da marca Bradesco



Portal Bradesco Dental (Benefícios On-line)

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

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



Desconto especial ao ser contratado com o Seguro-saúde

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



Ferramentas de gestão por meio do site **bradescodental.com.br** que facilitam a vida do RH e o gerenciamento do plano

Diferenciais da Bradesco Dental



Projeto Afinidade

Para reforçar ainda mais a parceria e o relacionamento, a Bradesco Dental oferece o Projeto Afinidade, mediante prévia negociação. Trata-se de uma forma de comunicação com os Colaboradores e familiares que possibilita à Empresa ter sua identidade reforçada por meio do Cartão de Identificação com a logomarca da Empresa juntamente com a logomarca da Bradesco Dental. Esse diferencial está disponível para apólices a partir de 3.000 vidas.



Gestão da qualidade

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



Programa de Prevenção e Promoção da Saúde Bucal

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



Flexibilidade na contratação

Compulsória ou opcional (adesão).



Planos com ou sem coparticipação e com possibilidade de isenção total de carências

O plano passa a valer logo após a contratação.



Estrutura exclusiva de atendimento

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