Bradesco Saúde

Solicitação de Inclusão de Dependentes
Segurados Individuais / Familiar ou SPG
(formulário para apólices contratadas a partir de 01/01/1999)

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A . CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Data	Sucursal	Cia	Nº da Apólice	Certificado (se SPG)

Nome do Titular (preenchimento obrigatório)

CNS (Carteira Nacional de Saúde)	DNV (Declaração de nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)

Legendas	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil (Est. Civil) 1 – Solteiro 2 – Casado 3 – Viúvo 4 – Separado/Divorciado	Parentesco (Par.) 1 – Cônjuge 2 – Filho 3 - Outros

03. Inclusão de Dependente / Outros

Cód.	Nome			Nome da Mãe					
Cód.	Nome			Nome da Mãe					
Cód.	CPF	Data de Nascimento	Data de Casamento	Sexo	Estado Civil	Par.	Data da Inclusão	Altura (cm)	Peso (KG)
Cód.	CPF	Data de Nascimento	Data de Casamento	Sexo	Estado Civil	Par.	Data da Inclusão	Altura (cm)	Peso (KG)
Cód.	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)			
Cód.	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)			

07. Controle (preenchimento obrigatório)

Tipo	Q. Total	← Preencher com a quantidade total de alterações realizadas	Alterações efetuadas por Matrícula Assinatura

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No preenchimento da Declaração de Saúde, V.Sª tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

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

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que V.Sª tenha conhecimento no momento da assinatura da proposta deste seguro, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes que pretende incluir no seguro.

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

Cobertura Parcial Temporária (CPT) – VSª, ou qualquer de seus dependentes, não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à **doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.**

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

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

_____ , _____ de _____ de _____ _____

Local / Data **Assinatura do Segurado Titular**

Bradesco Seguros intranet

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A . CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Data	Sucursal	Cia	Nº da Apólice	Certificado (se SPG)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES (Continuação)

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

DEFINIÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

_____ , _____ de _____ de _____ _____

Local / Data **Assinatura do Segurado Titular**

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

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

- **AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**
- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

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

Beneficiário	Intermediário entre a operadora e o beneficiário
_____, ___/___/____	_____, ___/___/____
Local Data	Local Data
Nome: _____	Nome: _____
	CPF: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A . CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Data	Sucursal	Cia	Nº da Apólice	Certificado (se SPG)

08. Declaração de Saúde

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO

Para habilitar-se à inclusão neste seguro, V.Sª deverá preencher e assinar a Declaração de Saúde, registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador, e das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os dependentes que pretenda incluir no seguro.

Os campos da Declaração de Saúde, deverão ser preenchidos com (S) Sim ou N (Não). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste formulário.

Para o preenchimento da Declaração de Saúde, V.Sª poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A, habilitados para essa orientação.

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

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

_____ , _____ de _____ de _____ _____

Local / Data **Assinatura do Segurado Titular**

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A . CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Data	Sucursal	Cia	Nº da Apólice	Certificado (se SPG)

08. Declaração de Saúde (Continuação)

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

_____ , _____ de _____ de _____ _____

Local / Data **Assinatura do Segurado Titular**

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A . CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Data	Sucursal	Cia	Nº da Apólice	Certificado (se SPG)

08. Declaração de Saúde (Continuação)

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

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

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

Item	Código do Proponente	Esclarecimentos

09. Entrevista Qualificada

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

_____ , _____ de _____ de _____ _____

Local / Data **Assinatura do Segurado Titular**

_____ _____

Assinatura do Proponente **Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso:**

Companhia Seguradora: Bradesco Saúde S.A . CNPJ 92.693.118/0001-60 Registro na ANS: 005711	Data	Sucursal	Cia	Nº da Apólice	Certificado (se SPG)

10. Declaração do Titular

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste formulário, inclusive as que estão impressas. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que "se o Segurado por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido."

Estou, também, ciente de que:

1. A aceitação neste seguro só terá validade após a análise das informações prestadas na "Declaração de Saúde", que poderão levar a Seguradora a solicitar-me esclarecimento e/ou acolher o segurado com restrições de cobertura

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

Declaro ainda que a inclusão neste seguro está sendo feita por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto e/ou operação disponibilizada pelo Banco Bradesco S.A. aos seus clientes.

_____ , _____ de _____ de _____ _____

Local / Data **Assinatura do Segurado Titular**

Em caso de dúvidas referentes ao seguro/plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 4004 – 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2700 (Demais Localidades).
Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. A Bradesco Saúde ainda disponibiliza uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.