Bradesco Saúde

Manual do Beneficiário

Seguro de Assistência à Saúde, Coletivo por Adesão



Qualicorp

Entenda como foi viabilizado o seu seguro-saúde

COLETIVO POR ADESÃO

BENEFICIÁRIO

O Beneficiário de plano privado de assistência à saúde **COLETIVO POR ADESÃO** é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação, normativos regulatórios e em contrato de adesão assinado com a Administradora de Benefícios e a Operadora, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica. O Beneficiário titular é quem possui o vínculo com uma das pessoas jurídicas definidas no art. 9º da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

ENTIDADE

A Entidade é a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que representa a população a ela vinculada e que contratou a Qualicorp como sua Administradora de Benefícios para defender os interesses dos Beneficiários perante a Operadora. A Entidade a que o Beneficiário está vinculado é aquela indicada no contrato de adesão e, portanto, quem legitima seu ingresso e permanência no plano.

SEGURADORA

A Seguradora é a pessoa jurídica que presta serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar ou odontológica por meio do acesso a profissionais ou serviços de saúde, na forma estabelecida no contrato de adesão. A Seguradora deste seguro-saúde é a Bradesco Saúde, integrante do Grupo Bradesco Seguros, que atua desde 1984 na área de saúde suplementar e se consolidou como uma das líderes do segmento de planos coletivos. Presente em todo o Brasil, a Bradesco Saúde tornou-se sinônimo de credibilidade em assistência à saúde.

Bradesco Saúde

ANS nº 005711

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A Administradora de Benefícios é a pessoa jurídica contratada pela Entidade para atuar junto a Operadora na viabilização deste plano, prestando serviços de oferta, administração e relacionamento com o Beneficiário. A Qualicorp é a Administradora de Benefícios que estipulou este seguro-saúde **COLETIVO POR ADESÃO** com a Bradesco Saúde, em convênio com a sua Entidade. A Qualicorp foi pioneira nesse mercado e hoje é a maior Administradora de Benefícios do Brasil, proporcionando acesso à saúde de qualidade e bem-estar a milhões de brasileiros.

Qualicorp

ANS nº 417173

Entenda o seu plano de saúde

COLETIVO POR ADESÃO

Você adquiriu um plano de saúde coletivo por adesão, que possui uma forma de contratação própria e obedece a regras específicas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Essa modalidade de plano destina-se a atender a um grupo de pessoas que, assim como você, faz parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma Entidade de Classe.

A Qualicorp é a Administradora de Benefícios responsável por viabilizar esse benefício. Foi ela quem contratou o plano junto à Operadora e o disponibilizou a você, por meio de um convênio com a sua Entidade.

Ao reunir os beneficiários em grupos, em parceria com a sua Entidade de Classe, a Qualicorp consegue negociar melhores condições para todos. É a força da coletividade, beneficiando você e sua família.

NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO,
o plano é contratado pela Administradora, em convênio com a Entidade.



NO PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR,
o plano é contratado isoladamente pelo beneficiário.



PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE O PLANO COLETIVO POR ADESÃO E O PLANO INDIVIDUAL

COLETIVO POR ADESÃO

O QUE É

- É contratado por uma Administradora de Benefícios junto a uma Operadora de Saúde e disponibilizado ao Beneficiário por meio de convênio com uma Entidade de Classe profissional, classista ou setorial que representa esse beneficiário.
- Também pode ser contratado diretamente por uma Entidade de Classe junto à Operadora, sem a participação da Administradora de Benefícios.
- Em ambos os casos, os beneficiários dos planos coletivos por adesão são as pessoas que mantêm vínculo com a Entidade.
- No caso do plano coletivo por adesão que você adquiriu, o benefício foi contratado por uma Administradora: a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e estar vinculado a alguma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial que oferte esse tipo de benefício.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Pode ser acordada entre o beneficiário e a Administradora de Benefícios.
- A partir da vigência, será encaminhada a cobrança do valor mensal do benefício contratado, na forma autorizada pelo beneficiário no Contrato de Adesão.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Por uma das pessoas jurídicas contratantes (Operadora, Administradora ou Entidade).
- Em caso de inadimplência do beneficiário, perda da elegibilidade ou se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- A Operadora de Saúde estabelece o reajuste anual com base na variação dos custos médicos e o comunica à Administradora de Benefícios. A Qualicorp Administradora, na condição de representante dos interesses dos beneficiários e das Entidades, negocia com a Operadora o melhor índice possível, visando preservar o equilíbrio econômico do benefício e garantir a qualidade do atendimento. Após isso, a Operadora deve informar o percentual aplicado à ANS.

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

O QUE É

- É contratado diretamente por pessoas físicas junto a uma Operadora de Saúde.
- Quando incluir dependentes, é denominado plano familiar.
- Nesse tipo de contratação, o beneficiário não conta com uma Entidade de Classe de caráter profissional, classista ou setorial na representação e na defesa dos seus direitos.
- Não há o apoio de uma Administradora de Benefícios, como a Qualicorp.

REQUISITOS

É exigido da pessoa que pretende aderir:

- Possuir CPF válido (beneficiário titular) e contratar o plano diretamente com a Operadora de Saúde.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

Trata-se da data de início da vigência do plano, ou seja, do momento em que a cobertura assistencial do plano de saúde começa.

- Dá-se a partir da assinatura da proposta de adesão.
- Ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

RESCISÃO/SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Só pode ser realizada unilateralmente, conforme as regras e prazos previstos em contrato, nas seguintes situações:

- Nos casos de inadimplência do beneficiário por mais de 60 dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia da inadimplência.
- Se constatada fraude no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação.

REAJUSTE ANUAL

Poderá ser aplicado somente 1 (uma) vez ao ano.

- O reajuste anual é definido pela ANS, que autoriza a aplicação do mesmo diretamente pela Operadora de Saúde.

Prezado(a) Beneficiário(a),

Você contratou um seguro de assistência à saúde COLETIVO POR ADESÃO, cuja forma de contratação e características do plano obedecem às resoluções e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Este Manual foi elaborado com o objetivo de reforçar as regras e condições estabelecidas no seu Contrato de Adesão e esclarecer todos os aspectos relativos à utilização, manutenção e eventual cancelamento do seu plano. Aqui você encontra todos os seus direitos e obrigações.

Para sua comodidade, verifique no sumário da próxima página as divisões deste Manual por assunto e identifique no(s) anexo(s) qual o plano que você contratou e as suas características específicas..

Seja bem-vindo(a)!

Qualicorp Administradora de Benefícios

3.11.26.01.00001

Sumário

CAPÍTULOS

01. A Qualicorp Administradora de Benefícios _____ pág. 07

02. A contratação coletiva do seguro-saúde _____ pág. 10

03. Formas de utilização do seguro-saúde _____ pág. 15

04. Coberturas e procedimentos garantidos _____ pág. 20

05. Coberturas de saúde adicionais _____ pág. 35

06. Exclusões de cobertura _____ pág. 36

07. Validação prévia de procedimentos (VPP) _____ pág. 40

08. Carências _____ pág. 45

09. Cobertura parcial temporária (CPT) _____ pág. 49

10. Reembolso _____ pág. 51

11. Alterações cadastrais _____ pág. 65

12. Pagamento _____ pág. 71

13. Reajustes _____ pág. 75

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde _____ pág. 77

15. Informações importantes _____ pág. 81

16. Serviço adicional: Remissão _____ pág. 93

17. Serviço adicional: Assistência pessoal _____ pág. 97

ANEXOS

Anexo I: PLANO PERFIL 1 E CA _____ pág. 109

Anexo II: PLANO PERFIL 1 Q CA _____ pág. 113

Anexo III: PLANO BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA ___ pág. 119

Anexo IV: PLANO BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA ___ pág. 123

Anexo V: PLANO BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA ___ pág. 127

Anexo VI: PLANO BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4 __ pág. 131

Anexo VII: PLANO BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA _____ pág. 135
Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 3 (três)

Anexo VIII: PLANO BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA_____ pág. 139
Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 4 (quatro)

Anexo IX: PLANO BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA _____ pág. 143
Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 6 (seis)

Anexo X: PLANO BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA ___ pág. 147

Anotações _____ pág. 152

Use bem, use sempre _____ contracapa

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Bradesco Saúde.

01.
A Qualicorp Administradora de Benefícios

ALÉM DO PADRÃO DE QUALIDADE DA BRADESCO SAÚDE, AGORA VOCÊ CONTA COM O APOIO DA QUALICORP, ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A PESSOAS JURÍDICAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COLETIVOS POR ADESÃO, À POPULAÇÃO VINCULADA A ELAS.

A Qualicorp idealizou, criou e implantou o projeto de plano de assistência à saúde coletivo por adesão, projeto que tem como principal objetivo oferecer a Entidades (Pessoas Jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial), e à população elegível por essas mesmas Entidades, o benefício de assistência à saúde suplementar, por meio de apólices e contratos com Operadoras de planos de saúde renomadas e pelo menor preço possível.

Neste caso, a Bradesco Saúde analisou, aceitou e concordou com a implantação da apólice de seguro de assistência à saúde, coletiva por adesão, mantida com a Qualicorp e sua entidade de classe, cujas condições contratuais principais estão descritas neste Manual. A Entidade a que você está vinculado estudou o projeto, considerou-o plenamente em conformidade com os interesses da população que representa e autorizou a sua implantação.

Este projeto compreende, ainda, dentro de sua ampla concretização, propiciar e conferir aos beneficiários um resultado final, consistente numa assistência eficaz à saúde, com pronto e eficiente atendimento. Para tanto, inserem-se aqui diversos serviços que são inerentes à atividade exercida pela Qualicorp como Administradora de Benefícios e na qualidade de estipulante, conforme normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Entre esses serviços, estão:

A. Apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela Operadora de planos de saúde e alteração de rede assistencial;

B. Realização de serviços administrativos, de forma terceirizada, para a Operadora ou para a Entidade contratante do plano de saúde;

01.
A Qualicorp Administradora de Benefícios

C. Movimentação cadastral;

D. Conferência de faturas;

E. Cobrança aos beneficiários;

F. Atendimento aos beneficiários para questões administrativas;

G. Distribuição do material da Operadora para os beneficiários.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp que estão à sua disposição, confira os dados a seguir.

CENTRAIS DE ATENDIMENTO POR TELEFONE

Central de Serviços

Use a Central de Serviços para fazer alterações cadastrais e tratar de outras questões específicas do seu plano: cobranças, solicitações, dúvidas etc.

Capitais e regiões metropolitanas: 4004-4400
Demais regiões: 0800-16-2000
Expediente: de segunda a sexta-feira, das 7 às 22h, e aos sábados, das 8 às 16h.

SAC

Use o SAC para obter informações institucionais sobre a Qualicorp, fazer sugestões, elogios, reclamações ou cancelamentos.

Todo o Brasil: 0800-779-9002
Expediente: 24 horas por dia, todos os dias.

CENTRAL DE ATENDIMENTO POR FAX

São Paulo: (11) 3016-8836

Outras localidades
4002-8877 (capitais e regiões metropolitanas)
(11) 4002-8877 (demais regiões)

01.
A Qualicorp Administradora de Benefícios

CENTRAL DE ATENDIMENTO PESSOAL*

São Paulo
Rua Dr. Plínio Barreto, 365 - 1.º andar
Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01313-020
Expediente: de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados).

**Informe-se também sobre a existência, em sua Entidade, de Postos de Atendimento da Qualicorp.*

OUVIDORIA

ouvidoria@qualicorp.com.br

CORREIO

Caixa Postal 65155
São Paulo – SP – CEP 01318-970

INTERNET

Portal de Serviços: **www.qualicorp.com.br**
(para entrar em contato com a Qualicorp, veja especialmente a página **www.qualicorp.com.br/faleconosco**)

Esses canais não substituem nem invalidam os canais de atendimento da Bradesco Saúde. Pelo contrário, são estruturas que coexistem para você ter mais conveniência e conforto na utilização do seu seguro-saúde.

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO-SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO ESTIPULADO COM A BRADESCO SAÚDE FORAM REDIGIDAS COM A OBSERVÂNCIA DO *CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO* (LEI N.º 10.406/02), DO *CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR* (LEI N.º 8.078/90), DO *ESTATUTO DO IDOSO* (LEI N.º 10.741/03) E COM BASE NA LEI N.º 9.656/98 E NAS NORMAS REGULAMENTARES EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), QUE REGULAMENTAM OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Trata-se de uma apólice de seguro de assistência à saúde, coletiva por adesão, estipulada pela Qualicorp Administradora de Benefícios com a Bradesco Saúde e destinada à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, conforme definido a seguir:

Operadora	Bradesco Saúde S.A. (ANS nº 005711)
Administradora de Benefícios/Estipulante	Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (ANS nº 417173)
Entidade	Pessoa Jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, referida no Contrato de Adesão (a "Proposta"), que representa legitimamente a população a ela vinculada e que tenha contratado a Administradora de Benefícios para a viabilização do seguro de assistência à saúde, coletivo por adesão, destinado a essa mesma população.
Beneficiários	População vinculada à Entidade, com a devida comprovação dessa relação, e que tenha aderido à apólice coletiva de seguro de assistência à saúde.

Atenção

A contratação do seguro-saúde pelos beneficiários é feita por meio do Contrato de Adesão (a "Proposta"), observadas as regras e condições nele dispostas, que estão reproduzidas e mais bem detalhadas neste Manual.

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

2.1. BENEFICIÁRIOS

2.1.1. Quem pode ser beneficiário titular

Poderão ser beneficiários titulares todos os indivíduos vinculados à Entidade indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta"), com a devida comprovação dessa relação, e que tenham aderido à apólice coletiva de seguro-saúde.

2.1.2. Quem pode ser beneficiário dependente

Poderão ser beneficiários dependentes os seguintes indivíduos, desde que mantenham uma relação de dependência com o beneficiário titular e desde que tenham sido inscritos por ele no benefício:

- Cônjuge ou companheiro(a), havendo nesse último caso a união estável, na forma da lei, e sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- Filho(a) solteiro(a), natural ou adotivo(a), com até 29 (vinte e nove) anos de idade;
- Filhos(as) inválidos(as), assim considerados(as) aqueles(as) elegíveis para efeito da Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular;
- Enteado(a) solteiro(a) com até 29 (vinte e nove) anos de idade.

Atenção:

Fica assegurada a cobertura prevista neste Manual ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente no seguro, durante os primeiros 30 (trinta) dias após a data do nascimento, e com a apresentação do cartão de identificação do pai ou da mãe.

Após os 30 (trinta) dias, a cobertura cessará e a sua continuidade dependerá da inclusão do recém-nascido no seguro-saúde.

Para a inclusão do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, no seguro-saúde, devem ser respeitadas as condições descritas no capítulo 11 ("Alterações cadastrais") deste Manual.

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

2.2. VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA

O prazo de vigência define o período em que vigorará a apólice coletiva.

A apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a Bradesco Saúde vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovada, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes, seja pela Bradesco Saúde ou pela Qualicorp. A vigência do benefício não se confunde com a vigência da apólice coletiva.

2.2.1. Rescisão da apólice coletiva

A apólice coletiva de seguro-saúde estipulada pela Qualicorp com a Bradesco Saúde prevê a rescisão contratual por qualquer uma das partes, Bradesco Saúde ou Qualicorp.

Em caso de rescisão da apólice coletiva, a Qualicorp será responsável por comunicar esse fato aos beneficiários em prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

2.3. CATEGORIAS DE PLANOS

O benefício contratado é oferecido em 10 (dez) categorias de planos diferentes (cujas características estão detalhadas nos anexos deste Manual), conforme indicado nas opções do Contrato de Adesão (a “Proposta”), a saber:

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

Categoria de plano	Código da ANS
PERFIL 1 E CA	465.900/11-7
PERFIL 1 Q CA	465.901/11-5
BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA	465.750/11-1
BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA	465.749/11-7
BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA	465.665/11-2
BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4	467.137/12-6
BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA*	463.905/11-7
BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA**	463.905/11-7
BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA***	463.905/11-7
BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA	463.546/10-9

**Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 3 (três), conforme definido no Anexo VII.*

***Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 4 (quatro), conforme definido no Anexo VIII.*

****Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 6 (seis), conforme definido no Anexo IX.*

02.
A contratação coletiva do seguro-saúde

Atenção

Os planos também se diferenciam por:

1. Abrangência geográfica;

2. Acomodação em internação;

3. Segmentação assistencial;

4. Múltiplos de reembolso (ver o item 2, “Reembolso”, no “Anexo” referente a sua categoria de plano, neste Manual);

5. Disponibilidade dos serviços adicionais; e

6. Rede referenciada da Bradesco Saúde, que acompanha este Manual.

Para conferir as informações específicas da sua categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

O BENEFICIÁRIO CONTA COM DUAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO, INCLUSIVE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

3.1. ATENDIMENTO NA REDE REFERENCIADA

A Bradesco Saúde coloca à disposição do beneficiário uma rede referenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares, que oferecem atendimento em conformidade com os limites e as condições do plano contratado pelo beneficiário.

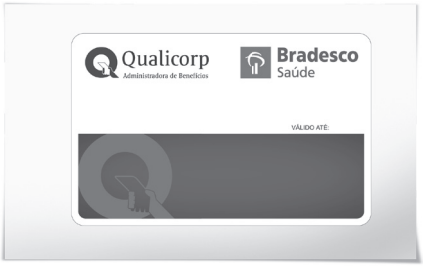
Nos casos de utilização da rede referenciada, a Bradesco Saúde efetuará o pagamento das despesas cobertas diretamente ao referenciado, por conta e ordem do beneficiário. Desta forma, nesses estabelecimentos, o atendimento não demanda, por parte do beneficiário, nenhum tipo de pagamento ao prestador escolhido.

Veja como proceder para a realização do atendimento:

- Consulte a lista de referenciados do seu plano e escolha o prestador de sua conveniência ou necessidade;
- Ligue para o prestador e agende a data do atendimento, exceto nos casos de procedimentos que exijam Validação prévia de procedimentos (VPP), conforme o capítulo 7 (“Validação prévia de procedimentos (VPP)”) deste Manual;
- Dirija-se ao prestador escolhido, munido de seu documento de identidade (RG) e de seu cartão de identificação da Bradesco Saúde, dentro da validade (veja a seguir). Se não estiver de posse de seu cartão, solicite que o atendente entre em contato com a Bradesco Saúde e peça a autorização. No caso de menores que ainda não possuam documento de identidade, deve ser apresentado, com o cartão do menor, um documento de identidade do responsável acompanhante.

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

Cartão de identificação



A Bradesco Saúde disponibiliza ao beneficiário um cartão de identificação personalizado.

Para facilitar o atendimento, esse cartão e o documento de identidade (RG), válidos, devem ser apresentados aos prestadores referenciados no ato da solicitação do serviço. O cartão de identificação é exclusivo, pessoal e intransferível. Em caso de extravio, comunique-o imediatamente à Qualicorp, pelos telefones indicados neste Manual. O prazo para entrega do novo cartão é de até 15 (quinze) dias úteis, podendo variar de acordo com a localidade e a modalidade de entrega utilizada.

A renovação do cartão ocorrerá a cada 2 (dois) anos e de forma automática.

Lista de prestadores referenciados



É a lista na qual são relacionados os prestadores de serviços médico-hospitalares (médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, entre outros), com as respectivas especialidades que integram a rede referenciada do plano contratado. A lista é atualizada periodicamente pela Bradesco Saúde, observadas as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A solicitação de listas de prestadores referenciados de outras regiões, diferentes daquela em que reside o beneficiário, pode ser feita à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento indicados no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

Imagens meramente ilustrativas.

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

Para consultar prestadores específicos, entre em contato com a Bradesco Saúde, por meio das seguintes Centrais de Relacionamento com o Cliente, que estão indicadas por grupo de planos:

Planos Perfil 1 E CA, Perfil 1 Q CA, Bradesco Saúde Nacional Flex E CA e Bradesco Saúde Nacional Flex Q CA: **0800-701-2791**

Planos Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA, Bradesco Saúde Top Nacional Q CA 4 e Bradesco Saúde Top Referência E CA: **0800-701-2736**

Planos Bradesco Saúde Top NPlus Q CA: **0800-701-2726**

O beneficiário pode também consultar os prestadores específicos por meio do telefone **0800-727-9966** (SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente) ou pelo *site* **www.bradescosaude.com.br**. Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para **0800-701-2708**, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

Critérios de seleção e alteração da rede referenciada

Para a composição da rede referenciada, a Bradesco Saúde procura levar em consideração a qualidade dos serviços prestados por hospitais, clínicas ou serviços diagnósticos, da formação profissional dos médicos e de uma avaliação das instalações físicas e geográficas, buscando sempre manter a excelência dos serviços.

A inclusão dos profissionais na rede referenciada estará sujeita à concordância do prestador e à análise e aceitação da Bradesco Saúde.

Quanto à exclusão ou substituição dos profissionais médicos, dos estabelecimentos e entidades hospitalares que compõem a rede referenciada, estas poderão ser efetuadas a pedido do prestador ou por iniciativa da Bradesco Saúde.

No caso das entidades hospitalares, adicionalmente, deverão ser observadas as condições adiante:

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

a. No caso de substituição de prestador da rede hospitalar, esta poderá ser realizada desde que por outro prestador equivalente, e mediante comunicação prévia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

b. No que se referir ao redimensionamento da rede hospitalar, em razão de redução, esta somente poderá ocorrer mediante prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Quando da substituição/exclusão, a Qualicorp fará a comunicação ao beneficiário, ficando garantidos a permanência do beneficiário e o pagamento das despesas até a alta hospitalar quando esta substituição/exclusão ocorrer durante o período de sua internação. Se a rescisão decorrer de fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, no período de internação do beneficiário, fica garantida a sua imediata remoção para outro estabelecimento equivalente, conforme previsto no art. 17 da Lei n° 9.656/98.

3.2. ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA, MEDIANTE REEMBOLSO

Além da rede de prestadores referenciados, este seguro-saúde oferece o sistema de livre escolha, pelo qual o beneficiário utiliza profissionais não referenciados pela Bradesco Saúde para o plano contratado e solicita o reembolso de despesas efetuadas, que serão ressarcidas pela Bradesco Saúde, de acordo com as condições e os limites do plano contratado.

Veja como proceder:

- Após verificar a efetiva cobertura do procedimento, escolha o serviço de sua preferência e agende o atendimento;
- Pague o prestador médico-hospitalar e solicite os recibos de todos os procedimentos realizados, discriminadamente;

03.
Formas de utilização do seguro-saúde

- Reúna os originais dos comprovantes de pagamentos e os documentos necessários para cada procedimento (veja a relação de documentos no capítulo 10, “Reembolso”, deste Manual);
- Munido dos documentos especificados, dirija-se a qualquer núcleo de atendimento da Bradesco Saúde ou à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, e solicite o reembolso;
- O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado pela Bradesco Saúde na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) à apólice coletiva.

Caso não haja tal informação, o valor do reembolso ficará disponível, por 30 (trinta) dias, em qualquer agência do Banco Bradesco – devendo ser retirado mediante apresentação do documento de identidade do beneficiário titular e do cartão de identificação do seguro-saúde.

Para que o reembolso seja efetuado com segurança, é importante que os dados de sua conta-corrente estejam sempre atualizados junto à Qualicorp.

Atenção

Só serão reembolsados os serviços cobertos pelo seguro-saúde, conforme as condições e os limites do plano contratado. Para mais informações sobre reembolso, veja o capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

ESTÃO COBERTAS, ATRAVÉS DE REEMBOLSO OU, ALTERNATIVAMENTE, POR MEIO DE PAGAMENTO DIRETO À REDE REFERENCIADA, POR CONTA E ORDEM DO BENEFICIÁRIO, AS DESPESAS EFETUADAS COM SERVIÇOS RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) E VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, INDEPENDENTEMENTE DA CIRCUNSTÂNCIA E DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS CODIFICADAS NA VERSÃO 10 DA *CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE* (CID-10), DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), OBSERVADOS OS LIMITES ESTABELECIDOS NESTE MANUAL.

4.1. COBERTURA ASSISTENCIAL

- Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora e os prestadores de serviço de saúde.
- Cobertura de todos os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista, caso haja indicação clínica.
- Cobertura das ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.
- A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

- Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.
- Cobertura de todos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, quando elas constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, respeitados os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), e a segmentação contratada.
- Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- Cobertura dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais, que terão cobertura igualmente assegurada para sua remoção e/ou retirada.

Atenção

Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura desta apólice coletiva, como por exemplo, a internação em leito de terapia intensiva após a realização de transplante não coberto, não são considerados tratamentos de complicações, mas sim parte integrante do procedimento inicial, não recebendo, portanto, cobertura por esta apólice coletiva.

Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias* somente terão cobertura assegurada quando assim forem especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, e de acordo com a segmentação assistencial do seguro-saúde contratado.

** Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.*

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

4.2. COBERTURA AMBULATORIAL

4.2.1. Consultas

Consultas médicas, em número ilimitado, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados, realizadas em consultórios, ambulatórios, prontos-socorros, ou clínicas básicas e especializadas, inclusive as obstétricas relativas ao pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na forma do art. 12, inciso I, alínea "a" da Lei nº 9.656/98.

4.2.2. Exames

Estarão cobertos, desde que solicitados pelo médico assistente do beneficiário, os exames descritos a seguir:

a) análises clínicas;

b) anatomopatologia;

c) radiologia;

d) eletrocardiografia;

e) eletroencefalografia simples;

f) ultrassonografia;

g) endoscopias em geral; e

h) outros exames constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento.

Para a realização, na rede referenciada, dos exames de que trata a alínea "h", deverá ser solicitada Validação prévia de procedimentos (VPP) à Bradesco Saúde (ver o capítulo 7, "Validação prévia de procedimentos (VPP)", deste Manual).

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

Os exames só podem ser realizados com a solicitação do médico.

4.2.3. Terapias

As terapias abaixo relacionadas serão cobertas quando realizadas por indicação médica, segundo necessidade clínica e desde que previamente autorizadas (ver o capítulo 7, "Validação prévia de procedimentos (VPP)", deste Manual):

a) atendimento de fisioterapia, realizada por fisioterapeuta ou fisiatra, decorrente de acidente ou doença, inclusive ocupacional;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de saúde.

   Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

c) radioterapia, incluindo a radiomoldagem, o radioimplante e a braquiterapia;

d) litotripsia;

e) hemodiálise e diálise peritoneal;

f) hemoterapia;

g) hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e do apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

h) atendimento com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

i) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente;

j) demais terapias integrantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento; e

k) procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões, por ano de vigência do seguro-saúde.

Compreende-se por ano de vigência do seguro-saúde cada período de 12 (doze) meses contados a partir da data de início de vigência da apólice coletiva.

4.2.4. Outras coberturas ambulatoriais

a) Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento; e

b) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

4.3. COBERTURAS HOSPITALARES

Estão cobertos os procedimentos discriminados a seguir, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva ou similar, a critério do médico assistente, desde que haja necessidade clínica. Esses procedimentos necessitam de autorização expressa da Bradesco Saúde, exceto nas situações previstas na alínea "B", adiante:

A. Internações clínicas e cirúrgicas;

B. Internações decorrentes de emergência ou urgência;

C. Tratamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos constantes da versão 10 da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), durante 30 (trinta) dias, por ano de vigência do seguro-saúde, contado a partir da data de inclusão do beneficiário na apólice coletiva, de forma não cumulativa;

C.1. Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do seguro-saúde, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definido em normativos vigentes;

C.1.1. Compreende-se por ano de vigência do seguro-saúde cada período de 12 (doze) meses contados a partir da data de início de vigência da apólice coletiva.

D. Pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório ou clínica, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para a segmentação assistencial do plano contratado;

E. Transplantes: de rim, córnea e medula óssea (autólogo e alogênico) listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;

F. Implantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS;

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

G. Cirurgias restauradoras de funções e cirurgias plásticas que não tenham finalidade estética, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

   G1) dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago;

   G2) cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando os meios e técnicas necessários para a correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama.

H. Cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista ou pelo médico, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, ministrados durante o período de internação hospitalar;

   H1) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

I. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente avaliarão e justificarão a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

Não estão incluídos na cobertura desta apólice coletiva os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar.

J. *Day clinic*, entendido como o regime mediante o qual o paciente comparece ao hospital, periodicamente, durante no máximo 12 (doze) horas por dia, para a realização de sessões de tratamento específico, sem pernoite, após as quais sempre retorna ao domicílio.

K. Demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na data do evento.

A internação hospitalar poderá incluir:

A. Internação em quarto coletivo (enfermaria) ou em quarto individual;

   Para saber a acomodação em caso de internação do plano contratado, consulte neste Manual, no “Anexo” referente a sua categoria de plano, o item 1.5. (“Acomodação em internação”).

B. Utilização de centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva, ou semi-intensiva, leitos especiais e toda a aparelhagem indispensável ao tratamento do paciente beneficiário, durante a internação hospitalar;

C. Alimentação, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;

D. Serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;

E. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados até a alta hospitalar.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

F. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar do beneficiário, quando indicado pelo médico assistente.

G. Acomodação e alimentação, caso fornecidas e incluídas na diária hospitalar, para 1 (um) acompanhante do paciente beneficiário internado, nas seguintes condições:

G1) crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, conforme indicação de médico ou cirurgião-dentista assistente;

G2) portadores de deficiência, conforme indicação do médico-assistente ou cirurgião-dentista assistente;

H. Remoção de paciente beneficiário em ambulância simples ou UTI, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no plano contratado, em território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;

Não há cobertura para remoção residencial e/ou domiciliar ou deslocamentos que não sejam vinculados ao estabelecimento hospitalar.

I. Taxas hospitalares inerentes à assistência médico-hospitalar.

J. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

J.1. Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento.

J.2. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Bradesco Saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, entre aquelas regularizadas na ANVISA, que atendam às características especificadas.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

J.3. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Bradesco Saúde, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, sendo as despesas arcadas pela Operadora.

K. Cobertura dos seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento;
- Acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, dos beneficiários pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, excetuando-se o fornecimento de medicação de manutenção.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

L. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

L.1. Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais como o recurso, intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos, por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

4.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Transplantes de órgãos, incluindo:

A. Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da Bradesco;

B. Medicamentos utilizados durante a internação;

C. Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

D. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador morto deverá estar inscrito em um dos Centros de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente.

Atenção

As despesas assistenciais com doadores vivos, referidas neste item, somente serão cobertas pela Bradesco Saúde quando o candidato ao transplante de órgão for beneficiário da Operadora.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

4.5. COBERTURA OBSTÉTRICA

Além de todas as coberturas citadas anteriormente, no item 4.3. (“Coberturas hospitalares”), ficam acrescidos os itens a seguir:

- Atendimentos obstétricos relacionados ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após a data do nascimento, e com a apresentação do cartão de identificação do pai ou da mãe.
- Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela beneficiária gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha a substituí-la.

Entende-se o pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias após o parto, quando indicado pelo médico assistente.

4.6. EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS

- A partir do início de vigência do beneficiário e respeitadas as carências estabelecidas no contrato, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

a) Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

b) Emergência, definidos como os atendimentos decorrentes de eventos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, assim caracterizados em declaração do médico assistente.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

- Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos no contrato, o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- Nos casos de urgência e emergência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a beneficiária terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.
- Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura parcial temporária (CPT), o beneficiário terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação que resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP).
- A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os beneficiários que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT, e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a Doenças e lesões preexistentes (DLP), ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do beneficiário para uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele conveniado, conforme as disposições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aplicáveis, respeitadas as condições descritas neste item.
    a) Caso não haja possibilidade de remoção em razão de risco de vida do beneficiário, seu representante ou responsável deverá negociar com o prestador de serviços a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência ao beneficiário.
    b) A Bradesco Saúde garantirá ao paciente a cobertura de remoção, cabendo ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora de serviço de remoção para uma unidade própria do SUS ou a ele conveniado, que disponha dos recursos necessários a

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

garantir continuidade de seu atendimento. Para a remoção, será utilizada ambulância que disporá de todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, ficando assegurada a assistência ao paciente até que seja efetivado o seu registro na unidade própria do SUS ou a ele conveniado.

c) Se o paciente ou seu responsável/representante optar pela continuidade do atendimento em outra unidade, mediante assinatura de termo de responsabilidade, não haverá cobertura para a remoção.

- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.
- Após atendimento de urgência e emergência, será garantida a remoção do beneficiário para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do beneficiário.
- Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do beneficiário, é garantida a cobertura sem restrições.
- Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade referenciada, será garantido o reembolso de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Operadora à rede referenciada para o plano do beneficiário.

Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão no capítulo 10 (“Reembolso”) deste Manual, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

04.
Coberturas e procedimentos garantidos

Atenção

As coberturas referidas no item 4.6. (“Emergências e urgências”) deste capítulo não se aplicam na íntegra para o Plano Bradesco Saúde Top Referência E CA. Para saber mais sobre a cobertura específica dessa categoria de plano, consulte, neste Manual, o respectivo “Anexo”.

Atenção

Para todos os itens deste capítulo, deverão ser observadas as carências descritas no capítulo 8 (“Carências”) deste Manual. Para Procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados a doenças ou lesões preexistentes informadas na Declaração de Saúde, deverá ser observado o capítulo 9 (“Cobertura parcial temporária (CPT)”) deste Manual.

O beneficiário deve estar sempre atento às mudanças quanto à cobertura mínima de procedimentos determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para isso, ele deve acessar o *site* **www.ans.gov.br**.

05.
Coberturas de saúde adicionais

ALÉM DOS PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, DA ANS, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, HAVERÁ AS SEGUINTES COBERTURAS.

5.1. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Demais transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, desde que observado o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro no Sistema Nacional de Transplantes (SNT), incluindo:

A. Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da Bradesco Saúde;

B. Medicamentos utilizados durante a internação;

C. Acompanhamento clínico pós-operatório, imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

D. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O beneficiário candidato a transplante de órgão proveniente de doador morto deverá estar inscrito em um dos Centros de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação vigente.

Atenção

As despesas assistenciais com doadores vivos, referidas acima, somente serão cobertas pela Bradesco Saúde quando o candidato ao transplante de órgão for beneficiário da Operadora.

06.
Exclusões de cobertura

ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DA COBERTURA DESTE SEGURO-SAÚDE AS DESPESAS A SEGUIR RELACIONADAS:*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras da ANS.*

6.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais órgãos competentes.

6.2. Consultas, assistência e internação domiciliar ou qualquer outra assistência realizada por profissional de saúde em ambiente domiciliar (inclusive *home care*).

6.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto a dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após a cirurgia de redução do estômago, e a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se todos os meios e técnicas necessários para correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama.

6.4. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

6.5. Tratamento de rejuvenescimento ou de redução de peso em clínica de emagrecimento, *spas*, clínica de repouso e estâncias hidrominerais.

6.6. Tratamento esclerosante de varizes.

6.7. Tratamento ou acolhimento de idosos ou portadores de necessidades especiais em clínica de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas, bem como internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica.

06.
Exclusões de cobertura

6.8. Medicamentos importados não nacionalizados.

6.9. Exames de genética realizados fora do território nacional, independentemente da coleta do material realizada no Brasil.

6.10. Vacinas e medicações orais de qualquer natureza administradas em ambiente domiciliar ou no atendimento ambulatorial.

6.11. Medicamentos e materiais cirúrgicos cuja eficácia tenha sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC).

6.12. Curativos simples, exceto se realizados durante a internação hospitalar ou em nível ambulatorial, se houver prescrição médica para a sua realização por profissional habilitado.

6.13. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes, nem por sociedades médico-científicas brasileiras.

6.14. Qualquer atendimento prestado por profissional de saúde não habilitado para a sua realização.

6.15. Qualquer atendimento decorrente de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

6.16. Procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, que necessitem de ambiente hospitalar, além dos honorários do cirurgião-dentista e o custo dos materiais odontológicos.

06.
Exclusões de cobertura

6.17. Sessão/consulta de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição excedente ao limite estabelecido na Diretriz de Utilização e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), realizada em período inferior a 12 (doze) meses da data de início de vigência da apólice coletiva.

6.18. Enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários.

6.19. Órteses ou próteses não implantadas cirurgicamente (externas), ou que possuam finalidade estética e que não visem restaurar a função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita. Entende-se por "prótese" qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e entende-se por "órtese" qualquer material, permanente ou transitório, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

6.20. Procedimentos relacionados com a manutenção de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, conforme Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho.

6.21. *Check-up*, entendido como a solicitação e realização de exames na ausência de sintomas ou doença.

6.22. Cirurgia refrativa em condições diferentes das estabelecidas, inclusive quanto ao grau, pela ANS, por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e da respectiva Diretriz de Utilização vigentes na data do evento.

6.23. Internações, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente.

6.24. Remoção aérea ou marítima.

06.
Exclusões de cobertura

6.25. Despesas com a internação após a alta hospitalar do beneficiário concedida pelo médico assistente.

6.26. Quaisquer despesas não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar durante a internação, tais como serviços telefônicos, frigobar, TV etc.

6.27. Equipamentos e aparelhos para utilização após a alta do beneficiário concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do beneficiário.

6.28. Despesas com acompanhante de pacientes beneficiários, exceto aquelas previstas neste Manual; e

6.29. Outros procedimentos não constantes expressamente nas coberturas deste seguro-saúde, nas condições contratuais da apólice coletiva, nas Diretrizes de Utilização e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigentes na data do evento.

07.
Validação prévia de procedimentos

A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS RELACIONADOS A SEGUIR, NA REDE REFERENCIADA DA BRADESCO SAÚDE, DEPENDERÁ DE VALIDAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS (VPP) PELA OPERADORA.

7.1. ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS ELETIVOS

Todos os atendimentos ambulatoriais eletivos, isto é, agendados previamente e realizados com hora marcada em um consultório médico ou hospital, estão subordinados à Validação prévia de procedimentos (VPP) pela Bradesco Saúde.

7.2. EXAMES CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Exigem VPP pela Bradesco Saúde todos os exames clínicos e laboratoriais, com exceção dos indicados a seguir:

a) Análises clínicas;

b) Anatomopatologia;

c) Radiologia, exceto a intervencionista;

d) Eletrocardiografia;

e) Eletroencefalografia simples;

f) Ultrassonografias que possam ser realizadas em ambiente ambulatorial, excluindo a ultrassonografia vascular (*Doppler*);

g) Endoscopias diagnósticas realizadas em ambiente ambulatorial, exceto a ecoendoscopia alta ou baixa.

07.
Validação prévia de procedimentos

7.3. INTERNAÇÕES

Em se tratando de internação hospitalar em instituição referenciada do plano contratado, a Bradesco Saúde poderá pagar as despesas, decorrentes de eventos cobertos, em nome e por conta do beneficiário, diretamente ao hospital e aos profissionais que estiverem referenciados no período de atendimento, desde que a internação seja validada por meio dos canais de comunicação disponíveis, e desde que fique devidamente caracterizada a cobertura do evento no momento da solicitação de VPP.

Será necessária justificativa do médico assistente, sempre que houver durante a internação:

a) Atuação de especialista;

b) Atuação de mais de um médico por especialidade;

c) Mais de uma visita de médico de uma mesma especialidade, por dia de internação.

Nos casos relativos a internações de urgência ou emergência, não haverá necessidade de VPP pela Bradesco Saúde.

7.3.1. Internações cirúrgicas eletivas

No caso de indicação para internação cirúrgica eletiva, a Bradesco Saúde poderá solicitar ao beneficiário que compareça a um dos chamados Centros de Referência da Operadora, isto é, a um dos centros especializados em que se indica a realização do procedimento, e que façam parte da rede de prestadores referenciados pela Bradesco Saúde, para avaliação quanto às condições de sua realização. A validação para internação clínica ou cirúrgica eletiva deverá ser solicitada à Bradesco Saúde com a antecedência acordada com o estabelecimento hospitalar, se o beneficiário optar pelo atendimento na rede referenciada pela Operadora.

07.
Validação prévia de procedimentos

7.4. TERAPIAS

Todos os procedimentos terapêuticos estão subordinados à VPP pela Bradesco Saúde.

Como solicitar Validação prévia de procedimentos (VPP)

A solicitação de VPP para a realização dos procedimentos listados neste capítulo deve ser realizada pelo próprio prestador referenciado. Assim, quando necessário, o prestador solicitará a VPP (senha) diretamente à Bradesco Saúde.

Em nenhuma hipótese será negada a VPP para realização do procedimento exclusivamente em razão de o profissional solicitante não pertencer à rede referenciada da Bradesco Saúde.

Em caso de dúvida quanto à necessidade de VPP para outros exames, tratamentos ou procedimentos, utilize uma das opções a seguir:

- Pergunte ao médico referenciado.
- Consulte o *site* da operadora: **www.bradescosaude.com.br**.
- Ligue para a Central de Relacionamento com o Cliente (CRC) do seu plano, indicada no item 3.1. (“Atendimento na rede referenciada”), deste Manual, ou para o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC): **0800-727-9966**.
- Contate a Qualicorp por meio dos canais de atendimento indicados no primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para **0800-701-2708**, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

07.
Validação prévia de procedimentos

7.5. PRAZOS PARA LIBERAÇÃO DE SENHA

O prazo para emissão de senha (VPP) dependerá do tipo de procedimento a ser realizado e somente começará a ser contado a partir do fornecimento de todas as informações necessárias.

Conheça abaixo os prazos:

Procedimento	**Prazo**
Internação de Urgência	Liberação imediata, desde que não haja necessidade de relatório médico
Radioterapia	3 (três) dias úteis
Oncologia	5 (cinco) dias úteis
Transplante	5 (cinco) dias úteis
Internação Eletiva/Cirurgia sem Material Especial	5 (cinco) dias úteis
Obesidade Mórbida	10 (dez) dias úteis
Cirurgia com Material Especial	15 (quinze) dias úteis

7.6. PERÍCIA MÉDICA

A Bradesco Saúde poderá utilizar-se de médico avaliador, disponibilizando o seu atendimento no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação.

07.
Validação prévia de procedimentos

7.7. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

É garantido ao beneficiário, em situações de divergência médica a respeito de VPP, que eventual impasse seja dirimido por junta médica constituída por um profissional solicitado ou nomeado pelo beneficiário, por um médico indicado pela Bradesco Saúde e por um terceiro, escolhido de comum acordo entre os dois profissionais nomeados, sendo a sua remuneração de responsabilidade da Operadora.

7.8. COMO SOLICITAR AUXÍLIO EM CASO DE ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES DE UM PROFISSIONAL OU SERVIÇO

Em caso de encerramento de atividades de um profissional ou serviço médico hospitalar referenciado, o beneficiário poderá entrar em contato com a Central de Relacionamento com o Cliente (CRC) do plano contratado, indicada no item 3.1. (“Atendimento na rede referenciada”), deste Manual, que o auxiliará a encontrar outro prestador. É possível, também, obter auxílio por meio da Lista de Referência ou pelo Portal da Bradesco Saúde (**www.bradescosaude.com.br**), na área exclusiva para o beneficiário.

08.
Carências

CARÊNCIA É O TEMPO, CORRIDO E ININTERRUPTO, CONTADO A PARTIR DA DATA DE INGRESSO DO BENEFICIÁRIO NA APÓLICE COLETIVA, DURANTE O QUAL NÃO PODERÁ USUFRUIR DAS COBERTURAS GARANTIDAS POR ESTE SEGURO-SAÚDE, AINDA QUE ESTEJA EM DIA COM O PAGAMENTO DO BENEFÍCIO, ATÉ QUE CUMPRIDOS OS PRAZOS PREVISTOS NESTE MANUAL.*

**Tais regras estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Bradesco Saúde e a Qualicorp.*

8.1. PRAZOS DE CARÊNCIA

Os beneficiários titulares ou dependentes deverão cumprir os prazos de carência indicados na tabela a seguir, que serão contados a partir do seu ingresso no benefício.

O cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela adiante não será exigido para os beneficiários que se enquadrarem nos casos previstos nos itens 8.1.1. (“Redução dos prazos de carência”) e 8.1.2. (“Isenção dos prazos de carência”) deste capítulo.

Grupos de carência	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carência contratual
A	Casos de urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas
B	Consultas médicas e os seguintes exames simples: análises clínicas, anatomopatologia, radiologia, eletrocardiografia, eletroencefalografia simples, ultrassonografia e endoscopias em geral.	15 (quinze) dias
C	Fisioterapia, exceto em casos de acidente pessoal.	15 (quinze) dias
D	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

08. Carências

Grupos de carência	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carência contratual
E	Internações clínicas ou cirúrgicas.	120 (cento e vinte) dias
F	Demais casos.	120 (cento e vinte) dias

O cônjuge e os filhos recém-nascidos do beneficiário titular incluídos no seguro-saúde no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do casamento ou do nascimento/adoção, respectivamente, terão aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular. Os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, desde que sejam incluídos no seguro-saúde nos primeiros 30 (trinta) dias a partir da data de adoção, terão o aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular adotante.

Os dependentes do beneficiário titular que venham a ser incluídos no seguro-saúde após os prazos previstos no parágrafo anterior ficarão sujeitos às carências descritas na tabela presente neste capítulo.

8.1.1. Redução dos prazos de carência

A redução se dará exclusivamente nos casos de proponentes que, no momento da adesão a este seguro-saúde, atendam, comprovadamente, às condições definidas no “Aditivo de Redução de Carências”, que faz parte do Contrato de Adesão (a “Proposta”). A redução será analisada de forma individual, para cada proponente (titular ou dependente), e estará sujeita à aprovação por parte da Operadora.

Os proponentes que, após a análise e aprovação da Bradesco Saúde, fizerem jus à redução de carência deverão respeitar os prazos definidos pela Operadora de acordo com a sua política comercial e indicados no referido aditivo. Os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas no referido aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no item 8.1. (“Prazos de carência“) deste Manual.

08.
Carências

8.1.2. Isenção dos prazos de carência

Não haverá a exigência do cumprimento dos prazos de carência indicados na tabela presente no item 8.1 (“Prazos de carência“) deste Manual, nos seguintes casos:

A. o beneficiário que aderir ao seguro-saúde no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do ingresso da Entidade na apólice celebrada entre a Bradesco e a Qualicorp;

B. o beneficiário que se vincular à Entidade após transcorrido o prazo da alínea “a” supra e que formalizar sua adesão durante os 30 (trinta) primeiros dias contados a partir do subsequente aniversário da data do ingresso da Entidade na apólice celebrada entre a Bradesco e a Qualicorp.

09.
Cobertura parcial temporária

OS BENEFICIÁRIOS COM DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) DECLARADAS DEVERÃO CUMPRIR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTA APÓLICE COLETIVA DE SEGURO-SAÚDE E EM CONFORMIDADE COM AS REGRAS ESTABELECIDAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

- O proponente deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, que acompanha o Contrato de Adesão (a "Proposta") à apólice coletiva, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede referenciada, sem qualquer ônus.
- Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro-saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de Procedimentos de alta complexidade (PAC), a Operadora oferecerá a Cobertura parcial temporária (CPT) e reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da vigência do beneficiário no benefício, a suspensão da cobertura de Procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e

09. Cobertura parcial temporária

procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

- Na hipótese de CPT, a Operadora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou lesão preexistente (DLP).
- Os Procedimentos de alta complexidade (PAC) encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, disponível no *site* **www.ans.gov.br**.
- Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do beneficiário no benefício, a cobertura assistencial passará a ser aquela estabelecida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, conforme a segmentação do plano contratado, previsto na Lei n° 9.656/1998.
- Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do benefício, a Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através do Termo de Comunicação ao Beneficiário.
- A Operadora poderá oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao benefício; ou
- A Operadora solicitará abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.
- A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

09.
Cobertura parcial temporária

- A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- Após julgamento, e acolhida a alegação da Operadora pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Operadora, bem como poderá ser excluído do contrato.
- Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do beneficiário até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Consideram-se Doenças ou lesões preexistentes (DLP) aquelas das quais o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4.º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 (RN 162), e suas posteriores atualizações.

10. Reembolso

É O RESSARCIMENTO, PELA BRADESCO SAÚDE, DAS DESPESAS COM SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES DE ATENDIMENTOS ELETIVOS OU EMERGENCIAIS, DIRETAMENTE AO BENEFICIÁRIO TITULAR, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES E LIMITES DO PLANO CONTRATADO, SEMPRE QUE O BENEFICIÁRIO OPTAR POR PRESTADORES NÃO REFERENCIADOS.

10.1. TABELA DE MÚLTIPLOS DE REEMBOLSO

O valor do reembolso de despesas médico-hospitalares, em reais, será obtido pela multiplicação dos seguintes fatores:

a) Múltiplo de reembolso correspondente ao plano em que o beneficiário estava inscrito na data do evento;

b) A quantidade de CRS (Coeficiente de Reembolso de Seguro), cujos valores de referência para os procedimentos médicos cobertos encontram-se previstos na Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos da Bradesco Saúde; e

c) O valor do CRS (em reais) vigente na data do evento.

Coeficiente de Reembolso de Seguro (CRS)

É a unidade expressa em moeda corrente, que serve como base para determinar os limites de reembolso das despesas médicas (CRS-DM) ou das despesas de natureza hospitalar (CRS-DH).

Tabelas da Bradesco Saúde

a) Tabela de Reembolso de Honorários e Serviços Médicos (THSM)

É a tabela que define os valores de referência para os procedimentos médicos, cuja cobertura deve obedecer ao disposto estabelecido nas condições contratuais da apólice coletiva.

A cada procedimento da Tabela é atribuído uma quantidade de CRS-DM.

b) Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares (TSH)

10. Reembolso

É a tabela que define as quantidades de CRS-DH, para fins de reembolso das despesas hospitalares (diárias, taxas diversas, aluguéis de equipamentos, curativos, remoções etc.).

As Tabelas de Múltiplos de Reembolso são parte integrante deste Manual e encontram-se registradas no 2.º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade do Rio de Janeiro, sob o nº 2834326. Elas também estão disponíveis na sede da Operadora e na sede da Qualicorp, com suas eventuais atualizações, para consulta dos beneficiários.

Para saber os múltiplos de reembolso para cada procedimento, consulte neste Manual, no “Anexo” referente à sua categoria de plano, o item 2 (“Reembolso”).

10.2. DIÁRIAS HOSPITALARES

Somente serão reembolsados os itens constantes da “Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares” da Bradesco Saúde. O valor destas diárias inclui: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente beneficiário, banho no leito, administração de medicamentos e todos os demais serviços de enfermagem.

Em caso de parto, estão incluídos também a permanência da parturiente e do(a) recém-nascido(a) em instalações adequadas e os cuidados pertinentes ao procedimento durante o trabalho de parto.

10.3. TAXAS DE SALA

As taxas de sala cirúrgica previstas na “Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares” somente serão reembolsadas quando a cirurgia for comprovadamente realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado.

As referidas taxas serão pagas de acordo com o porte da cirurgia, classificado com base no porte anestésico apresentado na “Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares”.

Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente pela mesma equipe cirúrgica ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

10. Reembolso

As taxas de sala cirúrgica incluem a utilização das instalações, do instrumental cirúrgico e de roupas, bem como a esterilização do material e os serviços de enfermagem.

As demais taxas (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso, exames/tratamentos especializados e equipamentos cirúrgicos) serão pagas de acordo com a "Tabela de Reembolso de Serviços Hospitalares" para o procedimento realizado.

10.4. MEDICAMENTOS E MATERIAIS CIRÚRGICOS

O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços do Guia Farmacêutico (Brasíndice) vigente na data de sua utilização. Em caso de ausência de determinado material/medicamento na tabela, o reembolso será efetuado tomando-se por base os valores previstos em tabela própria da Bradesco Saúde. Alternativamente, e a seu critério, a Operadora também poderá fornecer os materiais e medicamentos aos hospitais, diretamente ou através de empresas especializadas.

10.5. HONORÁRIOS PROFISSIONAIS DE CONSULTAS, SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA, ATENDIMENTO AMBULATORIAL E INTERNAÇÕES HOSPITALARES

O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na "Tabela de Honorários e Serviços Médicos" e na "Tabela de Serviços Hospitalares", ambas da Bradesco Saúde, devidamente registradas em cartório, observados a quantidade de auxiliares e o porte anestésico previstos para cada procedimento.

10.6. DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO

Para obter o reembolso de despesas efetuadas fora da rede referenciada pela Bradesco Saúde para o plano contratado, o beneficiário deverá apresentar formulário específico, devidamente preenchido com seus dados cadastrais, acompanhado da documentação completa, elencada adiante:

10. Reembolso

10.6.1. Consultas

Para a solicitação de reembolso das consultas médicas realizadas em prestadores não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

Para consulta realizada em consultório médico

A. Recibo, original e quitado, emitido pelo médico, onde devem constar: nome do paciente beneficiário; descrição e data do atendimento; valor pago; dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo).

Para consulta realizada em clínica ou hospital

A. Nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital ou clínica, contendo: razão social e CNPJ do estabelecimento; nome do paciente beneficiário; descrição e data do atendimento; valor pago; especialidade e carimbo do médico.

10.6.2. Exames

Nos casos em que o beneficiário realizar exames clínicos ou de imagem em prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, deverá solicitar o reembolso mediante a apresentação de:

a) Pedido Médico datado, assinado e carimbado, onde devem constar: nome do paciente beneficiário, 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 beneficiário, 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 o CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o exame.

10. Reembolso

10.6.2.1. Exames de imagem

Para Raios x, tomografia computadorizada, ressonância magnética etc., além da documentação básica apresentada para reembolso de exames em geral (ver o item 10.6.2., “Exames”), deverá constar também a região examinada e, se for o caso, a descrição dos materiais e medicamentos, com seus valores unitários discriminados.

10.6.2.2. Exames genéticos

Além da documentação básica apresentada para reembolso de exames em geral (ver o item 10.6.2., “Exames”), deverão ser enviados: relatório médico acompanhado da justificativa relacionada à conduta terapêutica, quadro clínico, histórico familiar, laudo dos exames realizados para o diagnóstico da patologia, indicação de um geneticista clínico e a metodologia utilizada, e se foram realizados em território nacional.

10.6.2.3. Procedimentos ambulatoriais

Quando da realização de cirurgias de pequeno porte ou atendimentos em prontos-socorros, em prestadores não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o beneficiário deverá apresentar:

a) Relatório médico datado, assinado e carimbado, onde devem constar: nome do paciente beneficiário, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, deverá ser apresentada a indicação clínica correspondente 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 beneficiário, descrição e data do atendimento, valor pago e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou Nota Fiscal original e quitada, contendo nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, razão social e CNPJ do estabelecimento.

10. Reembolso

10.6.2.4. Vasectomia e laqueadura tubária

Deverá ser enviado documento complementar, firmado com a expressa manifestação da vontade do beneficiário paciente, em que constem informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Em se tratando de casais, também deve ser enviado documento em que conste o expresso consentimento do cônjuge ou companheiro(a).

10.6.2.5. Cirurgias refrativas

Será necessário enviar, em complemento à documentação informada no subitem 10.6.2.3. (“Procedimentos ambulatoriais”), relatório do médico assistente informando o erro de refração (expresso em graus) que justificou o referido procedimento cirúrgico.

10.6.3. Internações

Serão reembolsadas as seguintes despesas de internação, mediante o cumprimento, por parte do beneficiário, das seguintes condições:

10.6.3.1. Despesas hospitalares

a) Apresentação de Relatório Médico onde devem constar: nome do paciente beneficiário, diagnóstico, tempo de evolução da doença, justificativa para a internação e descrição e período do atendimento;

b) Apresentação de Nota Fiscal, original e quitada, emitida pelo hospital, contendo: nome do paciente beneficiário, data do evento, valor pago, razão social e CNPJ do hospital;

c) Apresentação de fatura emitida pelo hospital com a descrição detalhada da conta hospitalar, inclusive diárias, taxas, relação de materiais e medicamentos utilizados e exames efetuados e cobrados do beneficiário durante a internação, com os respectivos valores unitários, data da alta e período de cobrança.

10. Reembolso

10.6.3.2. Honorários médicos

a) Relatório Médico datado, assinado e carimbado, onde deve constar: nome do paciente beneficiário, 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 patologia;

e) Pareceres de especialistas relacionados à patologia (se houver);

f) Recibo original e quitado, emitido pelo médico, contendo nome do paciente beneficiário, valor pago, descrição e período do atendimento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, especialidade, assinatura e carimbo); ou Nota Fiscal original e quitada, emitida pelo hospital, contendo nome do paciente beneficiário, valor pago, descrição e período do atendimento, razão social e o CNPJ do estabelecimento.

10.6.4. Remoção em ambulância

Nos casos em que houver necessidade de remoção do beneficiário entre prestadores hospitalares, sendo utilizada empresa de remoção não integrante da rede referenciada do plano contratado, a solicitação do reembolso deverá ser feita mediante a apresentação de:

a) Relatório Médico datado, assinado e carimbado, informando o nome do paciente beneficiário, diagnóstico e justificativa clínica para a remoção;

b) Nota Fiscal original e quitada, emitida pela empresa de remoção, contendo: o nome do paciente beneficiário, data da remoção, valor pago, quilometragem percorrida, local de partida e destino, tempo de espera (se houver), tipo de ambulância (UTI ou simples), descrição do valor dos honorários médicos (se houver), razão social e CNPJ da empresa.

10. Reembolso

10.6.5. Terapias

10.6.5.1. Fisioterapia, fonoterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional

Para realização das terapias descritas a seguir, 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, onde devem constar: nome do paciente beneficiário, 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);

b) Recibo original e quitado, contendo nome do paciente beneficiário, 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 –, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou Nota Fiscal original e quitada, contendo, além de todas as informações descritas para o Recibo, a razão social e o CNPJ do estabelecimento onde foi(ram) realizada(s) a(s) sessão(ões) de terapia.

10.6.5.1.1. Caso a terapia seja realizada de forma continuada, o Relatório Médico descrito na letra "a" do subitem 10.6.5.1. ("Fisioterapia, fonoterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional") deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão.

10.6.5.1.2. Quando da realização de fisioterapia, adicionalmente, deverá ser enviado laudo do exame de imagem realizado relacionado à patologia (se houver) e que justifique a indicação da referida terapia.

10.6.5.2. Quimioterapia, radioterapia e diálise

Nos casos em que o beneficiário realizar os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e diálise, em prestador não integrante da rede referenciada do plano contratado, o reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação de:

10. Reembolso

a) Relatório emitido pelo médico assistente, datado, assinado e carimbado, onde devem constar: nome do paciente beneficiário, número de sessões e suas datas, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico;

b) Recibo original e quitado, contendo nome do paciente beneficiário, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou Nota Fiscal original e quitada, contendo nome do paciente beneficiário, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento, razão social e CNPJ do estabelecimento;

c) Fatura descrevendo todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas etc.), com seus valores unitários.

10.6.5.2.1. Quando da realização de quimioterapia, deverá ser enviada a seguinte documentação complementar:

a) Laudos dos exames relacionados à patologia em questão (anatomopatológico, imuno-histoquímico, imagem etc.);

b) Laudo dos exames, no caso da utilização de adjuvantes, assim como justificativa médica para o seu uso;

c) Novo Relatório Médico, em caso de troca de esquema terapêutico, contendo a justificativa e o laudo de exames (se houver).

10. Reembolso

10.6.5.3. Acupuntura

O beneficiário poderá realizar os procedimentos de acupuntura em prestador que não faça parte da rede referenciada do plano contratado e solicitar posteriormente o reembolso, desde que apresente:

a) Recibo emitido pelo médico, onde devem constar nome do paciente beneficiário, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento e dados do médico (nome, CRM, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou Nota Fiscal emitida pelo prestador onde foram realizada(s) a(s) sessão(ões), contendo nome do paciente beneficiário, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do tratamento, razão social e CNPJ do estabelecimento, além do nome e CRM do médico que realizou a(s) sessão(ões);

b) 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 o tratamento indicado;

c) Caso as sessões de acupuntura sejam realizadas de forma continuada, o relatório médico, descrito na alínea “b”, deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão.

10.6.5.4. Nutrição

Para a solicitação de reembolso das sessões de nutrição indicadas por profissional médico regularmente inscrito no CRM e realizadas por profissionais não integrantes da rede referenciada do plano contratado, o beneficiário deverá apresentar a seguinte documentação:

a) Recibo emitido pelo profissional que realizou as sessões, onde devem constar nome do paciente beneficiário, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do atendimento e dados do nutricionista (nome, CRN, CPF, endereço, telefone, assinatura e carimbo); ou Nota Fiscal emitida pelo profissional que realizou as sessões, onde devem constar nome do paciente beneficiário, número de sessões e as datas em que foram realizadas, valores pagos, descrição do atendimento e dados do nutricionista (nome, CRN, CPF, endereço, telefone e carimbo);

b) 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 o tratamento indicado;

c) Caso as sessões de nutrição sejam realizadas de forma continuada, o relatório médico, descrito na alínea "b", deverá ser atualizado 4 (quatro) meses após sua emissão.

10.6.5.5. Próteses e órteses de implantação cirúrgica

A solicitação de reembolso referente às próteses e órteses implantadas cirurgicamente, e que estejam previstas na cobertura contratada, deve ser encaminhada mediante a apresentação de:

a) Relatório emitido pelo médico assistente, contendo o nome do paciente beneficiário, descrição e data do procedimento, diagnóstico e justificativa para a solicitação do material;

b) Nota Fiscal original e quitada do fornecedor/distribuidor/fabricante com nome do paciente beneficiário, data da emissão, valor pago, descrição do material, marca, modelo, fabricante, número de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nome e CNPJ do emitente.

   b.1) Não serão aceitos recibo do médico, Nota Fiscal ou recibo do hospital ou clínica onde foi realizada a cirurgia.

10. Reembolso

Atenção

Independentemente do procedimento realizado pelo beneficiário, para o efetivo reembolso não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: Recibos de Pagamentos de Autônomos (RPA), Recibos Provisórios de Serviços (RPS) e/ou temporários, Nota de Serviço, Nota de Débito, Duplicatas e Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica (DANFE).

Não serão cobertas despesas extras, como frigobar, telefonemas, aparelhos de TV etc., nem despesas com acompanhantes do paciente beneficiário diferentes das previstas neste Manual.

Os documentos devem ser apresentados no original e conter o(s) carimbo(s) do(s) prestador(es) de serviço, com o nome, a especialidade e o número de registro dos profissionais em seus respectivos Conselhos.

Prazo para reembolso

A Bradesco Saúde dispõe de um prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data em que efetivamente receber do beneficiário ou da Qualicorp os documentos solicitados neste Manual, para efetuar o reembolso das despesas incorridas, no limite do plano contratado.

O valor do reembolso de despesas, de acordo com o plano contratado, será depositado na conta-corrente informada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a “Proposta”) à apólice coletiva.

Caso não haja tal informação, o valor do reembolso ficará disponível, por 30 (trinta) dias, em qualquer agência do Banco Bradesco – devendo ser retirado mediante apresentação do documento de identidade do beneficiário titular e do cartão de identificação do beneficiário emitido pela Bradesco Saúde.

Solicita-se a leitura atenta das informações fornecidas, pois, se a documentação estiver incompleta ou houver inexatidão nos documentos, a Bradesco Saúde poderá pedir informações complementares, no prazo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo beneficiário. Neste caso, a Operadora terá um novo prazo, de até 30 (trinta) dias, para efetuar o reembolso.

10. Reembolso

Atenção

O beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento, conforme previsto no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 206.

Como solicitar reembolso

Reúna os documentos originais necessários para o reembolso do procedimento realizado, listados no item 10.6. (“Documentos originais necessários para reembolso“) deste capítulo, e entregue-os numa das opções a seguir.

COM A BRADESCO SAÚDE

A documentação deverá ser recebida pela Bradesco Saúde via correio ou por um dos Núcleos de Atendimento, cujos endereços encontram-se disponíveis no *site* **www.bradescosaude.com.br**. Os documentos deverão ser enviados para a matriz da Operadora, sediada no seguinte endereço:

Bradesco Saúde
Rua Barão de Itapagipe, 225 – Bloco C – Térreo
Rio Comprido – Rio de Janeiro – RJ
CEP 20261-901
A/C: Departamento de Reembolso

COM A QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

A documentação deverá ser recebida pela Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim. A Qualicorp fará a conferência dos documentos necessários para o pedido de reembolso e os enviará para a Bradesco Saúde.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

10. Reembolso

Atenção

Para algumas Entidades, podem existir regras e locais específicos para a solicitação de reembolso. Informe-se por meio dos canais de atendimento da Qualicorp.

Prévia de Reembolso

Para conhecer os valores de reembolso a que você tem direito na utilização de um determinado serviço coberto pelo seguro-saúde, ligue para a Central de Relacionamento com o Cliente (CRC) do plano contratado, indicada no item 3.1. (“Atendimento na rede referenciada”) deste Manual, e forneça o nome técnico do procedimento ou cirurgia a ser realizada e a data.

O prazo para cálculo do valor de reembolso é de aproximadamente 5 (cinco) dias úteis, desde que todas as informações necessárias sejam fornecidas.

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

Reanálise do Reembolso

Em caso de discordância quanto ao reembolso, o beneficiário poderá solicitar a reanálise no prazo máximo de 12 (doze) meses, a contar da data de resposta da Operadora. Essa solicitação deverá ser feita por escrito e enviada à Bradesco Saúde, por intermédio de um Núcleo de Atendimento Bradesco Saúde, ou por meio da Central de Relacionamento com o Cliente (CRC) do plano contratado, indicada no item 3.1. (“Atendimento na rede referenciada”) deste Manual.

11. Alterações cadastrais

PARA REALIZAR ALTERAÇÕES CADASTRAIS, INCLUSIVE O CANCELAMENTO DA ADESÃO À APÓLICE COLETIVA, É NECESSÁRIA SOLICITAÇÃO POR ESCRITO ASSINADA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR A QUAL DEVERÁ SER ENCAMINHADA À QUALICORP, ACOMPANHADA DE TODOS OS DOCUMENTOS INDICADOS, CONFORME AS ORIENTAÇÕES E OS PRAZOS APRESENTADOS NESTE CAPÍTULO.

11.1. INCLUSÃO DE CÔNJUGE:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia da Certidão de Casamento;

C. cópia do CPF do cônjuge;

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

E. na ausência do nome da mãe na Certidão de Casamento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

11.2. INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A):

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a);

C. cópia do RG e do CPF do(a) companheiro(a);

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

11. Alterações cadastrais

E. na ausência do nome da mãe no RG, apresentar cópia do PIS/PASEP;

F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

11.3. INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO(A):

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

C. cópia do Cartão Nacional de Saúde.

Caso o(a) recém-nascido(a) seja incluído(a) no seguro-saúde após 30 (trinta) dias da data do nascimento, será necessário o preenchimento da Carta de Orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde.

11.4. INCLUSÃO DE FILHOS(AS) SOLTEIROS(AS) COM ATÉ 29 (VINTE E NOVE) ANOS DE IDADE:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

C. cópia do RG (se houver);

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

F. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de filhos(as) maiores de 18 (dezoito) anos, também deverá ser enviada cópia do CPF. No caso de filhos(as) inválidos(as), incluir a Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular.

11. Alterações cadastrais

11.5. INCLUSÃO DE ENTEADOS(AS) SOLTEIROS(AS) COM ATÉ 29 (VINTE E NOVE) ANOS DE IDADE:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia da Certidão de Nascimento (contendo, para nascidos a partir de 01/01/2010, o número da Declaração de Nascido Vivo);

C. cópia do RG do(a) enteado(a) (se houver);

D. cópia do Cartão Nacional de Saúde;

E. na ausência do nome da mãe no RG e na Certidão de Nascimento, apresentar cópia do PIS/PASEP;

F. cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e do CPF do(a) cônjuge/companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número de RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) cônjuge/companheiro(a), constando também a dependência econômica do(a) enteado(a);

G. Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde (solicite à Qualicorp), devidamente preenchidas.

No caso de enteados(as) maiores de 18 (dezoito) anos, também deverá ser enviada cópia do CPF.

11.6. EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. devolução de todos os cartões de identificação dos beneficiários e/ou de quaisquer documentos que possibilitem a utilização do benefício.

11. Alterações cadastrais

A exclusão do beneficiário titular acarretará, obrigatoriamente, a exclusão de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) inscrito(s) na apólice coletiva de seguro-saúde.

11.7. ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO ETC.):

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular;

B. cópia do documento que comprove a alteração.

É de responsabilidade do beneficiário manter seu endereço e números de telefone sempre atualizados.

11.8. ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS, PARA EFEITO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO VIA DÉBITO AUTOMÁTICO OU PARA RECEBIMENTO DE REEMBOLSO:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular, contendo o nome do correntista (necessariamente o beneficiário titular), número do banco, agência e conta-corrente, CPF, endereço e telefones do correntista.

11.9. TRANSFERÊNCIA DE PLANO:

A. solicitação por escrito assinada pelo beneficiário titular.

A transferência poderá ser solicitada para plano de categoria superior (*upgrade*) ou inferior (*downgrade*) e será realizada a qualquer tempo, desde que a solicitação seja feita expressamente pelo beneficiário à Bradesco Saúde, por meio da Qualicorp.

Os beneficiários titulares que optarem pelo *upgrade* cumprirão as carências descritas neste Manual para os benefícios específicos do novo plano, única e exclusivamente em função do maior padrão de seguro por eles escolhido. Nesse ínterim, durante o cumprimento de carências, os beneficiários permanecerão sob a cobertura do padrão do plano anterior, inclusive no que se refere aos múltiplos de coeficiente de reembolso.

11. Alterações cadastrais

A transferência do beneficiário titular para outra categoria de plano acarretará também a transferência dos seus dependentes.

Prazo para alterações cadastrais

As alterações cadastrais deverão ser solicitadas mediante a apresentação da documentação completa, respeitando as condições expostas neste capítulo, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, considerando-se sempre o dia correspondente ao início da vigência do benefício do titular. Por exemplo:

Início da vigência do benefício (exemplos)	Data-limite da solicitação da alteração*	Vigência da alteração solicitada*
Dia 7	Dia 17 do mês anterior	A partir do dia 7 do primeiro mês subsequente à solicitação
Dia 23	Dia 3 do mês corrente	A partir do dia 23 do mês corrente

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para a realização de alterações cadastrais, mantendo o beneficiário titular ciente de tais modificações.*

Caso a solicitação não seja realizada até a data-limite (20 [vinte] dias antes do dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular), a alteração somente será realizada no mês subsequente, sempre no dia correspondente ao início de vigência do benefício do titular. Salienta-se que, em todos os casos de alterações cadastrais, prevalecerá a data do efetivo recebimento da solicitação pela Qualicorp.

Excetuam-se dos prazos indicados as solicitações de inclusão de novos beneficiários recém-nascidos, recém-adotados ou recém-casados, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados de sua elegibilidade (nascimento, adoção ou casamento, respectivamente).

11.
Alterações cadastrais

Como efetuar alterações cadastrais

A alteração cadastral deve ser solicitada por escrito à Qualicorp, por meio dos canais de atendimento próprios disponibilizados para esse fim.

Para conhecer os canais de atendimento da Qualicorp disponíveis em sua localidade, veja o primeiro capítulo (“A Qualicorp Administradora de Benefícios”) deste Manual.

12. Pagamento

O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ DIRETAMENTE PROPORCIONAL À IDADE DOS BENEFICIÁRIOS, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO.

12.1. FORMAS E DATAS DE PAGAMENTO

O pagamento do valor mensal do benefício será efetuado de acordo com a opção indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta") à apólice coletiva, a saber:

Formas de pagamento*
Boleto bancário
Débito automático em conta-corrente nos bancos conveniados ao sistema

O prazo para pagamento do valor mensal é estabelecido em razão da data de ingresso e conforme a opção disponível e indicada no Contrato de Adesão (a "Proposta") pelo beneficiário titular. Veja abaixo alguns exemplos:

Início da vigência do benefício	**Vencimento do valor mensal do benefício***
Dia 1	Dia 1 de cada mês
Dia 17	Dia 17 de cada mês
Dia 28	Dia 28 de cada mês

**A Qualicorp poderá, a seu critério, alterar regras e prazos para o pagamento do benefício.*

O beneficiário efetuará o pagamento do valor mensal do benefício à Qualicorp, ficando esta responsável em repassá-lo à Bradesco Saúde.

A falta de pagamento por parte do beneficiário seguirá as medidas previstas neste capítulo.

12. Pagamento

12.2. COMO FUNCIONA O DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA-CORRENTE

Em caso de débito automático, o valor do benefício será debitado mensalmente na conta-corrente bancária indicada e autorizada pelo beneficiário titular no Contrato de Adesão (a "Proposta") à apólice coletiva. Se, independentemente do motivo, o débito não for realizado, o beneficiário deverá entrar em contato com a Qualicorp, por meio dos canais de atendimento existentes em sua localidade, para obter informações sobre como regularizar o pagamento do valor devido. Essa regularização seguirá as condições estabelecidas no item 12.4., "Atraso e inadimplência" (a seguir, neste mesmo capítulo).

12.3. ALTERAÇÃO NA FORMA DE PAGAMENTO

Para alterar a forma de pagamento, o beneficiário titular deverá solicitar a alteração, por escrito, à Qualicorp, fornecendo todas as informações necessárias (ver o item 11.8. ("Alteração de dados bancários"), para efeito de pagamento do benefício via débito automático ou para recebimento de reembolso") e respeitando as condições e os prazos estabelecidos no capítulo anterior ("Alterações cadastrais") deste Manual.

12.4. ATRASO E INADIMPLÊNCIA

Uma vez que a Qualicorp garante as obrigações dos beneficiários constantes da apólice coletiva mantida com a Bradesco Saúde, nas condições estabelecidas, notadamente as pecuniárias, a eventual inadimplência do(s) beneficiário(s) pode inviabilizar o projeto idealizado, criado e implantado, com o seu respectivo objetivo e resultado final, em detrimento da coletividade à qual o(s) beneficiário(s) se vincula(m).

Para que isso não ocorra, a Qualicorp deverá ser ressarcida pelo(s) beneficiário(s), a título de multa compensatória, em 10% (dez por cento) das obrigações pecuniárias devidas, como indenização pelos seus custos e prejuízos sofridos, suportados e resultantes, seja da utilização de recursos próprios, comprometendo o seu capital de giro e os seus investimentos, seja da captação, junto ao mercado financeiro, dos recursos necessários à garantia da inadimplência do(s) beneficiário(s), a fim de, com isso, impedir a inviabilização deste projeto de seguro-saúde coletivo por adesão, sem prejuízo dos juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o montante devido.

12. Pagamento

Além do exposto anteriormente, o atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao benefício, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) da apólice coletiva, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

Ocorrendo a exclusão do beneficiário por inadimplência, o retorno à apólice dependerá da análise e aceitação das condições de elegibilidade, conforme disposto no art. 9.º da Resolução Normativa 195 (RN 195), da ANS, e posteriores atualizações; da quitação de eventuais débitos anteriores; e do cumprimento de novos prazos de carência, de acordo com os normativos da legislação em vigor. No caso de cancelamento do benefício, haverá a exclusão do beneficiário titular e a de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

Atenção

O cancelamento do benefício por inadimplência ou por qualquer outro motivo não isenta o beneficiário da cobrança do pagamento do valor mensal do benefício em atraso, nem da restituição dos valores decorrentes de eventuais atendimentos realizados após o cancelamento.

13. Reajustes

INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE ADESÃO DE CADA BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE) À REFERIDA APÓLICE COLETIVA, O VALOR MENSAL DO BENEFÍCIO SERÁ REAJUSTADO COM BASE NOS 3 (TRÊS) CASOS A SEGUIR, OU EM OUTRAS HIPÓTESES, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA. TAIS REAJUSTES PODERÃO OCORRER DE FORMA CUMULATIVA (PARCIAL OU TOTAL).

Todos os casos de reajustes apresentados a seguir são precedidos de comunicação da Bradesco Saúde para a Qualicorp e, por conseguinte, da Qualicorp para os beneficiários. Os reajustes obedecem às apurações realizadas pela Bradesco Saúde.

Atenção

Os reajustes serão aplicados apenas 1 (uma) vez por ano, no aniversário da apólice coletiva, ressalvado o reajuste por mudança de faixa etária, que se dará conforme indicado no item 13.3. (“Reajuste por mudança de faixa etária”) deste Manual.

13.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Esse reajuste terá por base a variação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro-saúde, durante os 12 (doze) meses anteriores à data de sua aplicação, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) à apólice coletiva.

13.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do benefício. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar coberto por esta apólice coletiva, prestado aos beneficiários por meio da rede referenciada da Bradesco Saúde ou da livre escolha de prestadores (via reembolso de despesas pagas pelos beneficiários, conforme condições contratuais).

13. Reajustes

O valor mensal do benefício será avaliado periodicamente e poderá ser reajustado em função do índice de sinistralidade calculado, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) à apólice coletiva.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice coletiva, o que respeita o princípio do mutualismo que rege a contratação coletiva.

Atenção

O índice de sinistralidade está diretamente relacionado à utilização regular e adequada do seguro-saúde (veja mais em “Use bem, use sempre”).

13.3. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Os valores mensais do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do beneficiário titular e de seu(s) dependente(s) e serão reajustados, automaticamente, no mês subsequente ao aniversário de cada beneficiário, por mudança de faixa etária, conforme os percentuais máximos indicados a seguir:

Faixa etária	PERFIL 1 E CA	PERFIL 1 Q CA	BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA	BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA	BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	24,41%	24,41%	24,41%	24,41%	24,41%
De 24 a 28 anos	17,41%	17,41%	17,41%	17,41%	17,41%
De 29 a 33 anos	22,23%	22,23%	22,23%	22,23%	22,23%
De 34 a 38 anos	11,47%	11,47%	11,47%	11,47%	11,47%
De 39 a 43 anos	4,15%	4,15%	4,15%	4,15%	4,15%
De 44 a 48 anos	18,21%	18,21%	18,21%	18,21%	18,21%
De 49 a 53 anos	16,84%	16,84%	16,84%	16,84%	16,84%
De 54 a 58 anos	18,96%	18,96%	18,96%	18,96%	18,96%
59 anos ou mais	76,20%	76,20%	76,20%	76,20%	76,20%

13. Reajustes

Faixa etária	BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4	BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA *Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 3 (três)*	BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA *Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 4 (quatro)*	BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA *Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 6 (seis)*	BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	24,41%	24,41%	24,41%	24,41%	24,41%
De 24 a 28 anos	17,41%	17,41%	17,41%	17,41%	17,41%
De 29 a 33 anos	22,23%	22,23%	22,23%	22,23%	22,23%
De 34 a 38 anos	11,47%	11,47%	11,47%	11,47%	11,47%
De 39 a 43 anos	4,15%	4,15%	4,15%	4,15%	4,15%
De 44 a 48 anos	18,21%	18,21%	18,21%	18,21%	18,21%
De 49 a 53 anos	16,84%	16,84%	16,84%	16,84%	16,84%
De 54 a 58 anos	18,96%	18,96%	18,96%	18,96%	18,96%
59 anos ou mais	76,20%	76,20%	76,20%	76,20%	76,20%

Os percentuais de reajuste por mudança de faixa etária são válidos para todos os planos desta apólice coletiva.

Atenção

A inexistência de reajuste por mudança de faixa etária após os 59 (cinquenta e nove) anos de idade não inviabiliza nem prejudica a realização dos outros reajustes (financeiro e por índice de sinistralidade) previstos nessa apólice coletiva.

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

AS REGRAS PARA SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO, EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS (TITULAR E/OU DEPENDENTES) E NOVA ADESÃO À APÓLICE COLETIVA, ESTÃO INDICADAS A SEGUIR.

14.1. EXCLUSÃO VOLUNTÁRIA DO BENEFICIÁRIO TITULAR OU DOS DEPENDENTES

O beneficiário titular poderá, voluntariamente, excluir seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ou pedir a sua exclusão do benefício mediante solicitação, por escrito, à Qualicorp.

A solicitação da exclusão de beneficiário(s) deve necessariamente ser feita pelo beneficiário titular, respeitando-se os prazos e as condições constantes do capítulo 11 (“Alterações cadastrais”) deste Manual.

14.2. CANCELAMENTO COMPULSÓRIO DA ADESÃO POR PERDA DA ELEGIBILIDADE

No caso da perda da elegibilidade do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) durante a vigência do benefício, ele será notificado pela Qualicorp, que informará o prazo máximo de sua permanência e de seu(s) dependente(s) no benefício.

Atenção

Enquanto o beneficiário titular mantiver vínculo com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”), o(s) dependente(s) gozará(ão) do benefício. Quando da extinção deste vínculo, o beneficiário titular será desligado da apólice coletiva e o(s) beneficiário(s) dependente(s) automaticamente também o será(ão). Exceção aos casos de remissão do seguro (ver o capítulo 16, item 16.1., “Remissão”), em que a perda do vínculo do dependente decorre da morte do beneficiário titular.

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

14.3. SUSPENSÃO DO DIREITO AO SEGURO-SAÚDE POR INADIMPLÊNCIA

O atraso no pagamento do valor mensal do benefício poderá acarretar, durante o período de inadimplência, a suspensão automática do direito do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) ao seguro-saúde, direito esse que somente será restabelecido a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos mencionados no item 12.4. (“Atraso e inadimplência“) observada a possibilidade de cancelamento, conforme indicado a seguir.

14.4. CANCELAMENTO DA ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA

A falta de pagamento do valor mensal do benefício, até o último dia da vigência referente ao mês não pago, poderá ocasionar o cancelamento automático do benefício, isto é, a exclusão do beneficiário titular e de seu(s) beneficiário(s) dependente(s) da apólice coletiva, sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s) de pagamento, incluídos juros e multa. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.

Atenção

No caso da exclusão de dependente(s) ou do próprio beneficiário titular, por qualquer motivo, os cartões de identificação deverão ser imediatamente devolvidos à Qualicorp, que os inutilizará. Reitera-se também que a exclusão ou cancelamento não isenta o beneficiário da cobrança do pagamento do valor mensal do benefício em atraso, nem da restituição dos valores decorrentes de eventuais atendimentos realizados após a exclusão/cancelamento.

14.5. UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO BENEFÍCIO

As despesas decorrentes de utilização efetuada pelo beneficiário titular e/ou por seu(s) dependente(s) após a suspensão do atendimento ou após o efetivo cancelamento do benefício, por qualquer motivo, serão de total responsabilidade do beneficiário titular, sob pena de configurar-se a utilização indevida, sujeita às penalidades contidas na legislação pertinente.

14. Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

Os custos dos atendimentos realizados indevidamente serão repassados de forma integral ao beneficiário titular.

14.6. NOVA ADESÃO AO BENEFÍCIO

Havendo o cancelamento do benefício, os beneficiários excluídos somente poderão postular nova adesão após a eventual regularização da situação que motivou o cancelamento, análise das condições de elegibilidade, quitação de eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

14.7. PERDA DO DIREITO AO BENEFÍCIO

Independentemente da adoção de medidas judiciais aplicáveis contra o responsável por eventuais danos causados à Bradesco Saúde, esta não efetuará nenhum reembolso ou pagamento com base no benefício contratado e poderá cancelá-lo, a qualquer tempo, sem que caiba direito a nenhuma indenização, caso haja por parte do(s) beneficiário(s):

- Inexatidão, inclusive quanto à data do nascimento, ou omissão nas declarações fornecidas no Contrato de Adesão (a “Proposta”) que tenham influído na sua aceitação pela Qualicorp ou no cálculo do valor mensal do benefício previsto na Proposta.
- Declarações incompletas, equivocadas, errôneas ou imprecisas quanto ao estado de saúde e/ou doenças declarados na Declaração de Saúde.
- Fraude ou dolo.
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência efetuada pela Qualicorp, em nome da Bradesco Saúde, na elucidação de um evento ou de suas respectivas despesas.
- Inobservância das obrigações contratuais.

14.
Exclusão, suspensão, cancelamento e nova adesão ao seguro-saúde

Atenção

As informações constantes deste Manual estão sujeitas às condições e às alterações que se deem por força de Lei e de normas regulamentadoras expedidas pelos órgãos competentes, bem como às regras contratuais estabelecidas entre a Qualicorp e a Bradesco Saúde.

15. Informações importantes

AQUI VOCÊ ENCONTRA OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES DA BRADESCO SAÚDE SOBRE O SEU SEGURO-SAÚDE.

15.1. LISTA DE REFERÊNCIA

Sintonizada com as melhores tecnologias do mercado, a Bradesco Saúde dispõe de um portal na internet que oferece várias funcionalidades que podem ser acessadas a qualquer hora e de qualquer lugar. Por meio do *site* www.bradescosaude.com.br, você terá, entre outros serviços, acesso à Lista de Referência atualizada.

Sempre que for utilizar um serviço da Lista de Referência, não se esqueça de levar o seu cartão de identificação e o seu documento de identidade. Caso seja menor, sem a referida documentação, o acompanhante deverá apresentar sua própria identificação.

No caso de internação em hospital, verifique, na Lista de Referência, se o estabelecimento de sua escolha traz a mesma opção de acomodação indicada em seu cartão:

Enfermaria: internação em quarto coletivo.

Quarto: internação em quarto individual com banheiro privativo.

Procure fazer as consultas de rotina em consultório médico e evite fazê-las em hospital ou pronto-socorro. Deixe o atendimento em hospital e pronto-socorro para os casos de urgência.

O Beneficiário deve estar sempre atento às mudanças quanto à cobertura mínima de procedimentos determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para isso, basta acessar o site **www.ans.gov.br**.

15. Informações importantes

15.2. ORIENTAÇÕES BÁSICAS AO BENEFICIÁRIO QUANTO AO MELHOR APROVEITAMENTO DE SUAS CONSULTAS MÉDICAS

A consulta médica é o momento no qual você obtém informações a respeito de algum problema de saúde. É nesse momento que o médico toma conhecimento da sua condição de saúde. Portanto, as informações devem ser as mais precisas possíveis.

Para melhor aproveitamento de sua consulta médica, relate, com clareza, todos os seus sintomas, leve os resultados dos exames realizados anteriormente e informe os procedimentos aos quais foi submetido, a lista dos medicamentos usados atualmente e, se possível, apresente receitas médicas anteriores.

Existem diferentes tipos de consultas médicas, seja para acompanhamento de rotina, seja em caso de doença. Nesse último caso, é importante conhecer melhor todos os aspectos que envolvem a doença. Certifique-se de que, ao sair da consulta, você tenha os seguintes questionamentos respondidos:

1. Diagnóstico: o primeiro passo em conjunto com seu médico é conhecer a causa de sua doença e o surgimento dela, se é contagiosa ou não, se ela tem causa hereditária (se é transmitida de pais para filhos), quais são os principais sintomas dessa doença ou se ela apresenta complicações. Seu médico também informará qual o tipo de alimentação ou quais restrições você poderá fazer a partir de então.

2. Exames: com relação aos exames que seu médico solicitará a você, é interessante conhecer se o exame requer alguma recomendação (preparo) para a realização e se apresenta riscos ou não.

3. Tratamento: nesse aspecto, é necessário esclarecer, com seu médico, quais são as alternativas possíveis de tratamento, seja medicamentoso, seja por cirurgia. Em relação aos medicamentos, verifique com seu médico quais são os efeitos colaterais, qual é a duração do tratamento e se você poderá receber suas receitas com o nome genérico do medicamento. Já em relação à cirurgia, conhecer melhor o tipo de intervenção, suas complicações e as chances de cura após o procedimento melhora as decisões relativas ao cuidado.

Lembre-se: não leve dúvida para casa. O resultado do tratamento depende muito de você, de suas informações, de sua dedicação em tomar a medicação e do cumprimento dos cuidados recomendados.

15. Informações importantes

15.3. DIREITOS E DEVERES DO BENEFICIÁRIO

15.3.1. Direitos

- Ter acesso a informações adequadas e claras sobre o seu seguro-saúde, pela Qualicorp ou pela Bradesco Saúde, que poderão auxiliá-lo por meio dos Canais de Atendimento;
- Ser tratado com dignidade, ética e respeito;
- Receber o cartão de identificação;
- Ter acesso à relação atualizada da rede referenciada por meio da Lista de Referência ou do *site* da Bradesco Saúde (www.bradescosaude.com.br);
- Receber informações claras relativas à negativa de procedimentos, se houver;
- Ter conhecimento de que as informações de natureza médica a que a seguradora venha a ter acesso, em razão da assistência médico-hospitalar prestada por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios aos Beneficiários cobertos pela apólice contratada, ficarão sob a égide da legislação concernente ao sigilo médico, e o fluxo dessas informações observará, ainda, a forma prevista na regulamentação em vigor;
- Ser reembolsado pelas despesas cobertas, de acordo com as condições gerais de seu seguro-saúde, quando o atendimento coberto se der fora da rede referenciada da Bradesco Saúde;
- Ter acesso a orientações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, oferecidas pela Bradesco Saúde;
- Ter acesso aos Canais de Atendimento ao Beneficiário para dirimir dúvidas, registrar reclamações ou denúncias:

  CRC — Central de Relacionamento com o Cliente:

  Planos Perfil 1 E CA, Perfil 1 Q CA, Bradesco Saúde Nacional Flex E CA e Bradesco Saúde Nacional Flex Q CA: **0800-701-2791**

15. Informações importantes

Planos Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA, Bradesco Saúde Top Nacional Q CA 4 e Bradesco Saúde Top Referência E CA: **0800-701-2736**

Planos Bradesco Saúde Top NPlus Q CA: **0800-701-2726**

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: **0800-727-9966**

CAS – Central de Atendimento ao Surdo: **0800-701-2708**

- Ter garantias do sigilo profissional acerca de suas informações médicas, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;
- Ter acesso ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e ao Guia de Leitura Contratual (GLC), se contratou ou foi incluído no seguro-saúde após 03/11/2009;
- Consultar a Bradesco Saúde sobre a previsão de cobertura do tratamento indicado pelo profissional de saúde.

15.3.2. Deveres

- Fornecer informações corretas e completas sobre seu estado de saúde e/ou sobre seus familiares à Bradesco Saúde e a todos os profissionais de saúde;
- Ler seu *Manual do Beneficiário* com atenção;
- Manter o pagamento em dia, garantindo a cobertura contratada, evitando a suspensão do atendimento e consequente cancelamento do seguro-saúde;
- Tratar os profissionais que o atendem com ética, dignidade e respeito;
- Comunicar à Bradesco Saúde situações que possam indicar fraude ou prejuízos ao seu seguro-saúde;
- Cuidar de forma consciente do seu contrato, utilizando-o quando necessário;
- Não emprestar o cartão de identificação para o atendimento de outras pessoas. Isso é considerado fraude, com consequente penalidade prevista em lei;
- Apresentar recibos originais e outros documentos para reembolso de procedimentos efetivamente realizados.

15. Informações importantes

Saber sobre os seus direitos e deveres como beneficiário é fundamental para garantir a qualidade do acesso às ações e aos serviços de saúde. Para mais informações a respeito dos seus direitos e deveres, consulte a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde elaborada pelo Ministério da Saúde, acessando o *site* **www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf**.

Canais de Comunicação da Bradesco Saúde

Para garantir a comodidade de seus Beneficiários, a Bradesco Saúde coloca, à sua disposição, canais de comunicação que funcionam 24 horas por dia, 365 dias por ano, e que oferecem ampla gama de informações e diversos serviços on-line. Com atendimento rápido e fácil, os Beneficiários poderão esclarecer dúvidas e obter informações a qualquer hora e de qualquer lugar.

Conheça, a seguir, as opções:

CRC - Central de Relacionamento com o Cliente

Presta serviços e informações de caráter pessoal em todo atendimento que demande consulta à apólice e envolva identificação detalhada do cliente, tais como informações sobre coberturas contratadas, rede referenciada, prévia de reembolso, Assistência 24 horas, entre outros. Com uma simples ligação, você esclarece dúvidas, dá sugestões e solicita informações e serviços.

A Bradesco Saúde tem sempre um número personalizado para você; portanto, consulte o verso do seu Cartão de Identificação para conhecer o telefone da Central de Relacionamento com o Cliente.

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

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 e pedidos de cancelamento de produtos e serviços que o estabelecimento disponibilize por telefone.

15. Informações importantes

São informações públicas aquelas de caráter institucional do Grupo Bradesco de 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 de Seguros, dentre outras.

Ligue para: **0800 727 9966**

CAS – Central de Atendimento ao Surdo

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.

A Central de Atendimento ao Surdo vai facilitar o contato do surdo com a Bradesco Seguros, oferecendo uma solução simples e eficiente para a troca de informações e prestação de serviços.

Ligue para: **0800 701 2708**

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 5 (cinco) dias úteis.

Reconhecido pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o Ouvidor é um diretor designado pela alta administração para exercer suas funções com autonomia e encaminhar internamente as sugestões, as reclamações e os elogios, atuando junto a todas as empresas do Grupo em defesa dos direitos dos clientes e visando à correção de falhas ou omissões.

15. Informações importantes

Entre em contato com a Ouvidoria pelo canal Alô Bradesco Seguros, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h (horário de Brasília).

Ligue para: **0800 701 7000**

15.4. NÚCLEOS DE ATENDIMENTO DA BRADESCO SAÚDE

Matriz

Rio de Janeiro/RJ
Rua Barão de Itapagipe, 225, Rio Comprido
CEP: 20261-901

Demais localidades

Belém/PA
Rua Santo Antônio, 317, sobreloja – Campina
CEP: 66010-105
Horário: 8h30min. às 17h

Belo Horizonte/MG
Rua da Bahia, 951, 3.º andar, Centro
CEP: 30160-011
Horário: 8h30min. às 17h

Blumenau/SC
Rua Sete de Setembro, 431, Centro
CEP: 89010-201
Horário: 8h30min. às 17h

Brasília/DF
SCS – Quadra 2, bloco A, 81, 5.º andar, Asa Sul
CEP: 70329-900
Horário: 8h30min. às 17h

15.
Informações importantes

Campinas/SP
Av. Dr. Moraes Salles, 668, 6.º andar, Centro
CEP: 13010-000
Horário: 8h30min. às 17h

Campo Grande/MS
Rua 13 de Maio, 2.929, Centro
CEP: 79002-356
Horário: 8h30min. às 17h

Cuiabá/MT
Rua Barão de Melgaço, 3.445, Centro
CEP: 78005-300
Horário: 8h30min. às 17h

Curitiba/PR
Rua Comendador Araújo, 120, 6.º andar, Centro
CEP: 80420-000
Horário: 8h30min. às 17h

Feira de Santana/BA
Rua Barão de Cotegipe, 1.140, Centro
CEP: 44001-170
Horário: 8h30min. às 17h

Florianópolis/SC
Rua Dom Jaime Câmara, 229, Centro
CEP: 88015-120
Horário: 8h30min. às 17h

Fortaleza/CE
Av. Desembargador Moreira, 1.250, Aldeota
CEP: 60170-001
Horário: 8h30min. às 17h

15.
Informações importantes

Goiânia/GO
Rua Sete, 800, 1.º andar, Setor Oeste
CEP: 74130-011
Horário: 8h30min. às 17h

Joinville/SC
Rua XV de Novembro, 672, Centro
CEP: 89201-600
Horário: 8h30min. às 17h

Juiz de Fora/MG
Rua Espírito Santo, 967, Centro
CEP: 36010-041
Horário: 8h30min. às 17h

Macaé/RJ
Rua Marechal Deodoro, 421, loja, Centro
CEP: 27910-310
Horário: 8h30min. às 17h

Maceió/AL
Rua do Imperador, 272, Centro
CEP 57020-670
Horário: 8h30min. às 17h

Manaus/AM
Av. Constantino Nery, 1.408 A, São Geraldo
CEP 69050-000
Horário: 8h30min. às 17h

Niterói/RJ
Av. Ernani do Amaral Peixoto, 211, 5.º andar, Centro
CEP: 24020-071
Horário: 10h às 16h

15. Informações importantes

Porto Alegre/RS
Av. Independência, 1.299, 2.º andar, Moinhos de Vento
CEP: 90035-077
Horário: 8h30min. às 17h

Porto Velho/RO
Av. Sete de Setembro, 711, 1.º andar, Centro
CEP: 76801-073
Horário: 8h30min. às 17h

Recife/PE
Av. Agamenon Magalhães, 3.139, Boa Vista
CEP: 50070-160
Horário: 8h30min. às 17h

Rio de Janeiro/RJ
Centro
Rua da Candelária, 19, térreo
CEP: 20091-020
Horário: 10h às 16h

Copacabana
Av. N. S. de Copacabana, 1.380, 1.º andar
CEP: 22070-010
Horário: 10h às 16h

Salvador/BA
Av. Antônio C. Magalhães, 3.752, 3.º andar, Pituba
CEP: 41820-020
Horário: 8h30min. às 17h

Santo André/SP
Rua Bernardino de Campos, 241, 2.º andar – Centro
CEP: 09015-900
Horário: 8h30min. às 16h30

Santos/SP
Av. Ana Costa, 434, Gonzaga
CEP: 11060-002

15.
Informações importantes

Horário: 8h30min. às 17h

São José dos Campos/SP
Av. Dr. Nélson D'Ávila, 282, Centro
CEP: 12245-031
Horário: 8h30min. às 17h

São Luis/MA
Av. Magalhães de Almeida, 300 e 334, Centro
CEP: 65015-250
Horário: 8h30min. às 17h

São Paulo/SP
Av. Ipiranga, 210, 1.º subsolo, República
CEP: 01046-010
Horário: 10h às 16h

Uberlândia/MG
Av. dos Municípios, 146, 3.º andar, sala 7, Tabajaras
CEP: 38400-254
Horário: 8h30min. às 17h

Vitória/ES
Av. Desembargador Santos Neves, 98, Praia de Santa Helena
CEP: 29055-720
Horário: 8h30min. às 17h

Volta Redonda/RJ
Rua 33, nº 124, Vila Santa Cecília
CEP: 27261-310
Horário: 8h30min. às 17h

16. Remissão

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, QUE REGULAMENTA OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, ESTA APÓLICE COLETIVA OFERECE O SERVIÇO ADICIONAL* DE REMISSÃO, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, CONFORME INDICADO, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

**Uma vez cancelado o seguro-saúde, o respectivo serviço adicional também será cancelado.*

16.1. REMISSÃO

A remissão consiste na isenção total do pagamento do benefício por prazo predeterminado, em caso de morte do beneficiário titular, conforme condições específicas, indicadas a seguir:

16.1.1. Direito e condições para a cobertura

Em caso de falecimento do beneficiário titular, na vigência do benefício, seus dependentes permanecerão com as coberturas e a modalidade de plano contratadas pelo prazo de até 1 (um) ano, desobrigados do pagamento do valor mensal do benefício, desde que:

A. O falecimento tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo seguro-saúde;

B. A cobertura contratual não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum valor mensal do benefício;

C. O vínculo previsto esteja mantido, na data do falecimento, com a Entidade indicada no Contrato de Adesão (a “Proposta”) à apólice coletiva, e que possa ser comprovado.

O direito ao benefício da remissão deixará de existir nas seguintes situações:

A. Quando o beneficiário, durante o período de remissão, perder a condição que o caracterizava como dependente do beneficiário titular;

B. Quando tiver decorrido o período de remissão (ver, a propósito, o item 16.1.4., “Cancelamento da remissão”).

Não terão direito à cobertura especial de remissão:

16. Remissão

a) os dependentes incluídos no benefício nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do titular, a não ser que sua morte tenha decorrido de acidente pessoal. Exceção será feita ao(à) filho(a) do beneficiário titular que tiver nascido ou sido efetivamente adotado(a) nesses 12 (doze) meses ou após a data de seu óbito, e ao cônjuge comprovadamente elegível nesse período e incluído no benefício nos prazos previstos.

b) aqueles elegíveis ao benefício, enquadrados na condição de dependentes, cuja solicitação de inclusão não tenha sido realizada até a data do óbito do beneficiário titular.

Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações do plano contratado.

Atenção

O benefício da remissão não implicará dispensa dos prazos de carência que estejam sendo cumpridos pelos beneficiários.

16.1.2. Dependentes

Para fins dos benefícios decorrentes da remissão, consideram-se beneficiários dependentes, exclusivamente, o cônjuge ou companheiro(a); o(a) filho(a) solteiro(a), natural ou adotivo(a), ou o(a) enteado(a) solteiro(a), desde que tenham até 29 (vinte e nove) anos de idade; o(a) filho(a) inválido(a), assim considerado(a) aquele(a) elegível para a Declaração do Imposto de Renda do beneficiário titular.

16.1.3. Como solicitar a remissão do seguro

Para requerer a remissão do seguro, é necessária solicitação por escrito, que deverá ser recebida pela Qualicorp através de seus canais de atendimento (veja o primeiro capítulo “A Qualicorp Administradora de Benefícios”, deste Manual) acompanhada de todos os documentos indicados adiante, conforme as orientações e os prazos apresentados neste capítulo.

16. Remissão

Documentação necessária e prazos

Deverão ser apresentados, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de óbito do beneficiário titular, os seguintes documentos à Qualicorp:

A. Carta do(s) beneficiário(s) dependente(s) devidamente assinada, solicitando o cancelamento do plano atual e a inclusão no benefício de remissão;
B. Certidão de Óbito do beneficiário titular;
C. Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável autenticada;
D. Certidão de Nascimento, CPF e RG, para os filhos e enteados solteiros;
E. Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular, para filhos inválidos.

Atenção

A não apresentação dos documentos necessários no prazo estabelecido neste item implicará a perda do direito ao benefício da remissão.

16.1.4. Cancelamento da remissão

A remissão será cancelada automaticamente nas seguintes hipóteses:

A. Decurso do prazo de 1 (um) ano da utilização do benefício da remissão pelos beneficiários remidos, contados a partir do mês subsequente à data do falecimento do beneficiário titular.
B. Constatação de infrações ou fraude nas informações prestadas pelo beneficiário titular e/ou por seus dependentes no seu seguro-saúde.
C. Perda da condição de elegibilidade para permanência como beneficiário remido.
D. Cancelamento ou rescisão desta apólice coletiva, a critério da Bradesco Saúde ou da Qualicorp.

Atenção

O beneficiário dependente deverá solicitar novo Contrato de Adesão (nova “Proposta”) em até 30 (trinta) dias antes do término da remissão, caso opte por manter-se sob a cobertura oferecida por este benefício. Para tanto, deverá ser comprovada sua elegibilidade com a Entidade vinculada a esta apólice coletiva.

17.
Serviço adicional: Assistência pessoal

17.
Assistência pessoal

ALÉM DAS COBERTURAS PREVISTAS PELA LEI N.º 9.656/98, QUE REGULAMENTA OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, ESTA APÓLICE COLETIVA OFERECE O SERVIÇO ADICIONAL* DE ASSISTÊNCIA PESSOAL, DE ACORDO COM O PLANO CONTRATADO, CONFORME INDICADO, A SEGUIR, NESTE CAPÍTULO.

**Uma vez cancelado o seguro-saúde, o respectivo serviço adicional também será cancelado.*

17.1. ASSISTÊNCIA PESSOAL

A Bradesco Saúde disponibiliza os serviços de Assistência Pessoal descritos a seguir para beneficiários residentes e domiciliados no Brasil, quando estiverem em viagem no Brasil ou no Exterior, em caso de ocorrência de doenças com manifestação súbita e aguda, ou em caso de acidentes, bem como em caso de outros acontecimentos imprevistos mencionados nesta cobertura. Quando em viagem no Brasil, os serviços serão prestados desde que o beneficiário se encontre a uma distância mínima de 100 (cem) quilômetros do município em que ele tenha residência permanente e desde que não esteja afastado de sua residência permanente por período superior a 90 (noventa) dias em uma mesma viagem.

17.1.1. Empresa prestadora de serviços

A Assistência Pessoal será realizada por meio de empresa contratada pela Bradesco Saúde. A Operadora colocará suas Centrais de Alarme à disposição do beneficiário 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, acionáveis por telefones específicos para serviços de assistência em viagem (ver, a propósito, “Como solicitar os serviços de Assistência Pessoal”, no final deste mesmo capítulo).

17.1.2. Condições de atendimento

A. A Assistência Pessoal será prestada de acordo com a infraestrutura do local da ocorrência, levando em conta, ainda, as leis e costumes do país ou do local do evento, a natureza do risco e a urgência requerida no atendimento;

B. A recorrência à Assistência Pessoal será feita mediante contato telefônico com uma das Centrais de Alarme, que adotará as providências cabíveis;

17.
Assistência pessoal

C. Diante de uma situação que envolva risco de vida, o beneficiário, ou seu representante, providenciará remoção de emergência para hospital próximo do local da ocorrência, pelos meios mais apropriados e imediatos, devendo, tão logo possível, telefonar para a Central de Alarme, a fim de prestar informações necessárias;

D. O reembolso das despesas cobertas será feito mediante apresentação de comprovantes, quando o beneficiário não puder acionar previamente uma Central de Alarme, em razão da urgência do evento devido ao risco de vida, ou ainda nas situações em que a Central de Atendimento da Assistência Pessoal não possuir a infraestrutura de profissionais necessária para a prestação do serviço solicitado. O beneficiário poderá obter o endereço da Central de Atendimento da Assistência Pessoal entrando em contato com a Central de Alarme, pelos telefones **0800-14-0202** (ligações feitas no Brasil) ou **(55.11) 4133-9111** (ligações feitas a partir do exterior);

E. As restituições serão calculadas tendo como limite de custo os valores estipulados em cada serviço;

F. Consideram-se beneficiários o titular e os dependentes incluídos na apólice coletiva de seguro-saúde que aderirem a esta cobertura mediante solicitação por escrito;

G. A Assistência Pessoal poderá ser acionada, a critério exclusivo do beneficiário, mesmo que o evento esteja também abrangido pela cobertura da apólice coletiva de seguro-saúde. Em caso de opção do beneficiário pela Assistência Pessoal, a Bradesco Saúde complementará, se for o caso, os valores relativos às despesas cobertas, até os limites de cobertura previstos na apólice coletiva;

H. O cartão de identificação da Bradesco Saúde poderá ser utilizado para acionar a Assistência Pessoal, desde que o beneficiário esteja em dia com os pagamentos;

I. Os pagamentos feitos no exterior serão realizados em moeda local, observados os limites expressos em reais, previstos nas condições contratuais da apólice coletiva de seguro-saúde, convertidos pelo câmbio do dia do pagamento.

17.
Assistência pessoal

17.1.3. Coberturas disponíveis no Brasil e no exterior

Os beneficiários terão à sua disposição, no Brasil e no exterior, as seguintes coberturas:

17.1.3.1. Remoção médica

No caso de acidente ou doença do beneficiário ocorridos durante viagem e de acordo com a natureza e gravidade dos ferimentos ou enfermidade, a Assistência Pessoal se responsabilizará por:

1. Remoção do beneficiário para o hospital mais próximo do local da ocorrência;
2. Transferência do beneficiário para centro hospitalar mais adequado ao seu atendimento, a critério do médico assistente, em comum acordo com a equipe médica da empresa prestadora de serviços, podendo ser feita por ambulância, carro, avião comercial ou avião UTI. A transferência em avião UTI só será coberta quando for realizada dentro de um mesmo continente e se a natureza dos ferimentos ou enfermidade exigir esse meio de locomoção, a critério do médico assistente ou da equipe médica da empresa prestadora de serviços. Se necessário, um médico ou uma enfermeira deverá acompanhar o paciente.

17.1.3.2. Regresso domiciliar por razão médica

Se o beneficiário, após tratamento no local da ocorrência, não estiver em condições de retornar à sua residência permanente como passageiro regular, a critério do médico assistente, em comum acordo com a equipe médica indicada pela empresa prestadora de serviços, esta organizará o regresso do beneficiário pelo meio de transporte mais adequado às suas condições clínicas.

Com essa finalidade, a empresa prestadora de serviços poderá, em nome do beneficiário, usar, negociar, providenciar e compensar, com companhias aéreas, marítimas e terrestres ou com agentes de viagem e operadores turísticos, os bilhetes de transporte do beneficiário, sejam esses tarifas integrais ou com limites especiais de fretamentos ou excursões, dentro ou fora do prazo estipulado, de forma a assegurar o retorno do beneficiário à sua residência permanente.

17. Assistência pessoal

17.1.3.3. Localização e encaminhamento de bagagem extraviada

Em caso de extravio de bagagem do beneficiário, dentro dos limites da área de responsabilidade da companhia transportadora, a empresa prestadora de serviços prestará a assessoria necessária para a denúncia do fato junto aos responsáveis, as providências de busca, bem como o envio da bagagem até onde se encontra o beneficiário ou a sua residência permanente.

17.1.3.4. Ajuda financeira por extravio de bagagem

No caso de extravio de bagagens que estejam sob responsabilidade de companhias aéreas regulares afiliadas à IATA e que não sejam entregues para o beneficiário em 48 (quarenta e oito) horas subsequentes à declaração de perda (PIR - Property Irregularity Report), a empresa prestadora de serviços entregará ao beneficiário o equivalente a R$ 200,00 (duzentos reais) em vale-compras ou em moeda local para gastos emergenciais.

17.1.3.5. Passagem aérea para visita de parente do beneficiário

Se o beneficiário permanecer hospitalizado por mais de 10 (dez) dias no Brasil ou por mais de 5 (cinco) dias no exterior, estando desacompanhado, a empresa prestadora de serviços colocará, à disposição de um parente ou de uma pessoa residente no Brasil indicada pelo beneficiário, um bilhete aéreo de linha comercial, classe econômica, de ida e volta, para que possa visitá-lo.

17.1.3.6. Hospedagem de parente do beneficiário

Quando o beneficiário permanecer hospitalizado por mais de 10 (dez) dias no Brasil ou por mais de 5 (cinco) dias no exterior, a empresa prestadora de serviços assumirá os gastos com a hospedagem da pessoa que se beneficiar da cobertura prevista no subitem anterior, no limite diário de até R$ 100,00 (cem reais), por até 10 (dez) dias, para o pagamento de diárias de hotel, com exclusão de qualquer outra despesa.

17. Assistência pessoal

17.1.3.7. Garantia de viagem de regresso

Quando o beneficiário possuir uma passagem de transporte aéreo com data ou limitação de regresso e, em razão de doença ou acidente, acompanhado pela equipe médica indicada pela empresa prestadora de serviços, estiver obrigado a retardar seu regresso programado, a empresa prestadora de serviços assumirá a diferença de tarifa para o regresso do beneficiário ou para o prosseguimento da viagem interrompida.

17.1.3.8. Traslado de corpo

Na hipótese de falecimento do beneficiário durante a viagem, a empresa prestadora de serviços custeará e cuidará das formalidades necessárias ao retorno do corpo, inclusive dos restos mortais, para o município de residência permanente do beneficiário no Brasil. Não estarão cobertas despesas relativas a funeral, enterro ou cremação.

17.2. COBERTURAS DISPONÍVEIS EXCLUSIVAMENTE NO EXTERIOR

Além das coberturas previstas no item 17.1. (“Assitência pessoal“), o beneficiário, quando em viagem ao exterior, terá à sua disposição as seguintes garantias:

17.2.1. Assistência médica

Caso o beneficiário, em decorrência de acidente, doença ou enfermidade de manifestação súbita e aguda, necessite de atendimento médico imediato, a empresa prestadora de serviços custeará as despesas médicas e hospitalares até os seguintes limites:

1. R$ 10.000,00 (dez mil reais) para honorários de médicos, clínicos e cirurgiões, diárias e outras despesas hospitalares, serviços médicos, enfermagem e exames complementares prescritos por um médico;
2. R$ 500,00 (quinhentos reais) por evento, para despesas com intervenções odontológicas de emergência e para medicamentos prescritos por um médico.

O atendimento imediato pode ser absoluto ou relativo:

Absoluto é aquele que envolve qualquer enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, nas 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à sua manifestação e de que dependa o prognóstico vital e/ou funcional do beneficiário.

17.
Assistência pessoal

Relativo é aquele que envolve toda enfermidade que necessite de intervenção médica, clínica ou cirúrgica, com ou sem investigação laboratorial e/ou radiológica, e que deva ser realizada, impreterivelmente, antes do retorno do beneficiário ao seu município de domicílio.

As intervenções médicas ou cirúrgicas nas condições citadas acima deverão estar devidamente comprovadas e justificadas por meio de laudo médico detalhado, por escrito, no qual esteja clinicamente claro que disso depende a expectativa de vida e/ou funções orgânicas do beneficiário.

17.2.2. Adiantamento de fiança

Em caso de exigência de prestação de fiança prevista em lei processual penal, a empresa prestadora de serviços adiantará o valor dessa fiança mediante a assinatura de um documento de reconhecimento de dívida, até o limite de R$ 10.000,00 (dez mil reais), valor esse que deverá ser devolvido, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, pelo beneficiário ou por sua conta.

17.2.3. Indicação de assistência jurídica

Se o beneficiário necessitar de um advogado, a empresa prestadora de serviços fornecerá referências e informações, inclusive com marcação de consultas, cabendo ao beneficiário o pagamento de eventuais despesas diretamente ao advogado indicado.

17.2.4. Regresso antecipado por morte de parente de primeiro grau

A empresa prestadora de serviços organizará e assumirá as despesas adicionais resultantes da volta antecipada do beneficiário à sua residência permanente, em virtude de falecimento de parente de primeiro grau (cônjuge, filhos, pais e irmãos do beneficiário). Será providenciado o retorno do beneficiário ao Brasil, em companhia aérea comercial, caso não possa utilizar o bilhete original emitido com prazo determinado.

17. Assistência pessoal

17.2.5. Embarque de menores de 14 (quatorze) anos

Quando o beneficiário estiver em viagem, tendo sob sua responsabilidade crianças menores de 14 (quatorze) anos e, por razões de acidente ou doença, não puder embarcá-las para o retorno ao domicílio, a empresa prestadora de serviços cuidará dos seguintes serviços:

1. acompanhamento do menor até o aeroporto;
2. formalidades de embarque;
3. coordenação com a companhia aérea para condição de "menor desacompanhado";
4. informação aos pais ou parentes, no Brasil, dos dados referentes ao retorno do menor.

17.2.6. Adiantamento financeiro, em caso de roubo ou furto de dinheiro

A empresa prestadora de serviços adiantará a importância de até R$ 400,00 (quatrocentos reais) para o pagamento de despesas de hospedagem e transporte do beneficiário que tenha sido vítima de roubo ou furto de dinheiro (excluindo cheques de viagem). O adiantamento só será concedido se sua solicitação for acompanhada de termo de reconhecimento de dívida, de declaração de autoridade policial, assim como do nome do emissor ou cedente das faturas. O valor deverá ser restituído à empresa prestadora de serviços no prazo de 60 (sessenta) dias da data de sua efetivação, em moeda local.

17.2.7. Repatriamento de familiar

Em caso de o beneficiário ter sido vitimado por doença súbita ou acidente que torne necessário o seu regresso antecipado ao Brasil ou o prolongamento de sua permanência no país do evento, a empresa prestadora de serviços tomará providências relacionadas à organização e ao custeio do regresso antecipado de familiares do beneficiário, se necessário.

17.2.8. Orientação em caso de perda de documentos

A empresa prestadora de serviços indicará ao beneficiário as providências necessárias em caso de perda de documentos, informando-lhe endereços e telefones consulares e auxiliando-o no cancelamento de cartões de crédito e na substituição de bilhetes de transporte e de cheques de viagem.

17. Assistência pessoal

17.2.9. Prolongamento de estada em hotel

A empresa prestadora de serviços arcará com as despesas necessárias para o prolongamento de estada em hotel escolhido pelo beneficiário, imediatamente após a alta hospitalar, se essa permanência tiver sido prescrita pelo médico local ou por equipe médica indicada pela empresa prestadora de serviços. Essa garantia limita-se ao valor de até R$ 100,00 (cem reais) por diária do beneficiário em hotel, até, no máximo, 10 (dez) dias, sendo excluídas da garantia quaisquer despesas que não integrem a diária.

Limitações

A Assistência Pessoal não será prestada em caso de situações que venham a ocorrer durante a viagem do beneficiário e que sejam decorrentes da inobservância de recomendações feitas pelo médico que o assiste habitualmente.

Exclusões

Estão excluídos dessa cobertura os seguintes casos:

a) doenças ou lesões existentes anteriormente à data de viagem;

b) doenças, lesões ou processos resultantes de ação criminal dolosa perpetrada pelo beneficiário, salvo lesões ocasionadas por acidentes de trânsito;

c) doenças ou lesões resultantes de tentativa de suicídio ou provocadas intencionalmente pelo beneficiário em si mesmo;

d) tratamentos de moléstias ou estados patológicos provocados pela ingestão intencional de drogas e narcóticos ou pelo abuso de bebidas alcoólicas ou, ainda, pelo uso de remédios sem prescrição médica;

e) doenças mentais de qualquer natureza;

f) eventos relacionados à gravidez após a 24.ª semana de gestação, exames pré-natais e parto;

g) próteses e órteses em geral;

h) viagens em aviões não projetados para o transporte de passageiros;

17.
Assistência pessoal

i) casos de calamidade pública, atos da natureza, comoções sociais, guerras, revoluções, terrorismo e sabotagem, greves, restrições ao livre trânsito, irradiações ou emanações nucleares ou ionizantes, transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior, salvo se o beneficiário provar que a causa do atendimento solicitado não teve relação com os referidos eventos;

j) serviços prestados por pessoas que tenham grau de parentesco com o beneficiário, salvo quando previamente autorizados pela empresa prestadora de serviços.

Como solicitar os serviços de Assistência Pessoal

Para solicitar os serviços de Assistência Pessoal, o beneficiário deve acionar a Central de Alarme, por meio dos seguintes telefones, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todo o ano, e que são específicos para serviços de assistência em viagem:

0800-14-0202 (ligações feitas no Brasil)

(55-11) 4133-9111 (ligações feitas do exterior; as ligações podem ser feitas a cobrar)

Portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala devem ligar para **0800-701-2708**, a partir de aparelho adaptado com o dispositivo TDD.

Anexo I

Plano PERFIL 1 E CA

Plano PERFIL 1 E CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

PERFIL 1 E CA

1.1.2. Código do plano

465.900/11-7

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é grupo de municípios.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios:

Para os beneficiários que contrataram o plano em São Paulo, a abrangência compreende os seguintes municípios: Americana, Arujá, Barueri, Caieiras, Campinas, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cosmópolis,

Plano PERFIL 1 E CA

Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Franco da Rocha, Guarulhos, Hortolândia, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Paulínia, Poá, Ribeirão Pires, Santa Isabel, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, Sumaré, Suzano, Taboão da Serra, Valinhos, Vinhedo, Bertioga, Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos, São Sebastião e São Vicente.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Campinas, a abrangência compreende os seguintes municípios: Campinas, Americana, Campo Limpo Paulista, Cosmópolis, Hortolândia, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Paulínia, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

Para os beneficiários que contrataram o plano no Rio de Janeiro, a abrangência compreende os seguintes municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Magé, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Belo Horizonte, a abrangência compreende os seguintes municípios: Belo Horizonte, Betim, Contagem e Nova Lima.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Salvador, a abrangência compreende os seguintes municípios: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador e Simões Filho.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Recife, a abrangência compreende os seguintes municípios: Cabo de Santo Agostinho, Escada, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Olinda e Recife.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Curitiba, a abrangência compreende os seguintes municípios: Campo Largo, Colombo, Curitiba, Pinhais e São José dos Pinhais.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Blumenau, a abrangência compreende os seguintes municípios: Blumenau e Brusque.

Plano PERFIL 1 E CA

Para os beneficiários que contrataram o plano em Porto Alegre, a abrangência compreende os seguintes municípios: Canoas, Gravataí, Novo Hamburgo e Porto Alegre.

Atenção

A área de abrangência do seguro-saúde, tanto para os atendimentos na rede referenciada quanto na livre escolha, limita-se à abrangência geográfica e à área de atuação do plano contratado pelo beneficiário, inclusive para os procedimentos de urgência e emergência.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

1.6. Rede Referenciada

Perfil

Plano PERFIL 1 E CA

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **PERFIL 1 E CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
1	1	1	1	1

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício não possui o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício não possui o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Plano PERFIL 1 Q CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

PERFIL 1 Q CA

1.1.2. Código do plano

465.901/11-5

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei nº 9.656/98 e em sua regulamentação, é grupo de municípios.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende os seguintes Municípios:

Para os beneficiários que contrataram o plano em São Paulo, a abrangência compreende os seguintes municípios: Americana, Arujá, Barueri, Caieiras, Campinas, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cosmópolis,

Plano PERFIL 1 Q CA

Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Franco da Rocha, Guarulhos, Hortolândia, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Paulínia, Poá, Ribeirão Pires, Santa Isabel, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, Sumaré, Suzano, Taboão da Serra, Valinhos, Vinhedo, Bertioga, Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos, São Sebastião e São Vicente.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Campinas, a abrangência compreende os seguintes municípios: Campinas, Americana, Campo Limpo Paulista, Cosmópolis, Hortolândia, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Paulínia, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

Para os beneficiários que contrataram o plano no Rio de Janeiro, a abrangência compreende os seguintes municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Magé, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Belo Horizonte, a abrangência compreende os seguintes municípios: Belo Horizonte, Betim, Contagem e Nova Lima.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Salvador, a abrangência compreende os seguintes municípios: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Feira de Santana, Lauro de Freitas, Salvador e Simões Filho.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Recife, a abrangência compreende os seguintes municípios: Cabo de Santo Agostinho, Escada, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Olinda e Recife.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Curitiba, a abrangência compreende os seguintes municípios: Campo Largo, Colombo, Curitiba, Pinhais e São José dos Pinhais.

Para os beneficiários que contrataram o plano em Blumenau, a abrangência compreende os seguintes municípios: Blumenau e Brusque.

Plano PERFIL 1 Q CA

Para os beneficiários que contrataram o plano em Porto Alegre, a abrangência compreende os seguintes municípios: Canoas, Gravataí, Novo Hamburgo e Porto Alegre.

Atenção

A área de abrangência do seguro-saúde, tanto para os atendimentos na rede referenciada quanto na livre escolha, limita-se à abrangência geográfica e à área de atuação do plano contratado pelo beneficiário, inclusive para os procedimentos de urgência e emergência.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. Rede Referenciada

Perfil

Plano PERFIL 1 Q CA

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **PERFIL 1 Q CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
1	1	2	1	1

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício não possui o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício não possui o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Plano BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA

1.1.2. Código do plano

465.750/11-1

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

1.6. Rede Referenciada

Nacional Flex

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
1	1	1	1	1

Plano BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX E CA

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício não possui o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício não possui o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Anexo IV
Plano BRADESCO SAÚDE
NACIONAL FLEX Q CA

Plano BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA

1.1.2. Código do plano

465.749/11-7

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. Rede Referenciada

Nacional Flex

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
1	1	2	1	1

Plano BRADESCO SAÚDE NACIONAL FLEX Q CA

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício não possui o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício não possui o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Anexo V
Plano BRADESCO SAÚDE
TOP NACIONAL 2 E CA

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA

1.1.2. Código do plano

465.665/11-2

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

1.6. Rede Referenciada

Nacional

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
1	1	1	1	1

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CA

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício possui o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício possui o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Anexo VI
Plano BRADESCO SAÚDE
TOP NACIONAL Q CA 4

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4

1.1.2. Código do plano

467.137/12-6

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. Rede Referenciada

Nacional

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
1	1	2	1	1

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL Q CA 4

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício **possui** o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício **possui** o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Anexo VII
Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA*

**Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 3 (três).*

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

1.1.2. Código do plano

463.905/11-7

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. Rede Referenciada

Nacional Plus

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
3	3	6	3	1,4

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício **possui** o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício **possui** o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Anexo VIII
Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA*

**Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 4 (quatro).*

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

1.1.2. Código do plano

463.905/11-7

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. Rede Referenciada

Nacional Plus

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
4	4	8	4	1,4

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício **possui** o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício **possui** o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Anexo IX

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA*

**Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas (paciente não internado | serviços) 6 (seis).*

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

1.1.2. Código do plano

463.905/11-7

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é individual.

1.6. Rede Referenciada

Nacional Plus

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco Saúde ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao **Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
6	6	12	6	1,4

Plano BRADESCO SAÚDE TOP NPLUS Q CA

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício **possui** o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício **possui** o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

Anexo X

Plano BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA

Plano BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA

CONFIRA, NESTE ANEXO, AS CARACTERÍSTICAS E COBERTURAS ESPECÍFICAS DO SEU PLANO, QUE SE SOMAM ÀS COBERTURAS INDICADAS NOS CAPÍTULOS 1 A 15 DESTE MANUAL, OBSERVADA A ABRANGÊNCIA DAS CONDIÇÕES GERAIS DESTE SEGURO-SAÚDE.

01. CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1.1. Informações de registro do plano na ANS

1.1.1. Nome comercial

BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA

1.1.2. Código do plano

463.546/10-9

1.2. Abrangência geográfica

A abrangência geográfica é a área em que a Operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.

No caso deste benefício, a abrangência geográfica de cobertura assistencial, com base na Lei n° 9.656/98 e em sua regulamentação, é nacional.

1.3. Área de atuação

A área de atuação é a especificação nominal dos Estados e/ou Municípios que compõem a abrangência geográfica do benefício.

No caso deste benefício, a área de atuação compreende todo o território brasileiro.

1.4. Segmentação assistencial

A segmentação assistencial define a amplitude da cobertura assistencial a que o beneficiário tem direito, conforme o plano contratado.

Plano BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA

No caso deste benefício, a segmentação assistencial é “Referência”.

1.5. Acomodação em internação

O padrão de acomodação define, nos planos que incluem a cobertura assistencial hospitalar, a hotelaria do leito a que tem direito o beneficiário, em caso de internação.

No caso deste benefício, a acomodação em caso de internação hospitalar é coletiva.

1.6. Rede Referenciada

Nacional

02. REEMBOLSO

Reembolso é o ressarcimento feito pela Bradesco ao beneficiário titular, nas condições e limites do plano contratado, de despesas com serviços médicos e/ou hospitalares cobertos pelo seguro-saúde, sejam eletivos ou emergenciais, efetuados pelo beneficiário titular ou por seus beneficiários dependentes fora da rede referenciada de prestadores para o plano contratado.

2.1. Tabela de múltiplos de reembolso

Abaixo, segue a tabela de múltiplos de reembolso referente ao Plano **BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA**:

Múltiplos de reembolso de honorários e despesas médicas				**Múltiplo de reembolso de despesas hospitalares**
Paciente não internado		**Paciente internado**		
Honorários	**Serviços**	**Honorários**	**Serviços**	
1	1	1	1	1

Plano BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA

03. SERVIÇOS ADICIONAIS

3.1. Este benefício não possui o serviço adicional de Remissão, constante do capítulo 16 deste Manual.

3.2. Este benefício possui o serviço adicional de Assistência pessoal, constante do capítulo 17 deste Manual.

COBERTURA PARA O PLANO BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA

Além das coberturas previstas neste capítulo, a cobertura assistencial de que trata o Plano Bradesco Saúde Top Referência E CA compreenderá todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656/98.

Haverá cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, do atendimento nos casos de:

A. Urgência, assim entendidos os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

B. Emergência, definidos como os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizados em declaração do médico assistente.

Para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, fica garantida a cobertura, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da inclusão do beneficiário na apólice coletiva.

Para os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a cobertura é garantida sem limitações.

Nos casos em que houver acordo de Cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou Procedimentos de alta complexidade (PAC) relacionados a doenças ou lesões

Plano BRADESCO SAÚDE TOP REFERÊNCIA E CA

preexistentes, a cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou por período inferior, caso haja a necessidade de internação.

No decorrer dos períodos de carência para internação, o atendimento de urgência e emergência será realizado sem limitações.

Haverá garantia de cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta do paciente beneficiário, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Anotações

Use bem, use sempre

Para usar da maneira mais adequada o seguro-saúde e preservar a qualidade do benefício, é muito importante que os beneficiários saibam o que é o índice de sinistralidade e tenham sempre em mente algumas orientações básicas.

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por índice de sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do seu seguro-saúde. A totalidade das despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento prestado aos beneficiários e coberto por esta apólice coletiva. Por isso, é essencial que todos os beneficiários saibam utilizar o seguro-saúde de forma adequada, sem desperdícios.

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

- Dê preferência à rede médica referenciada pela Bradesco Saúde.
- Após a realização de uma consulta, siga rigorosamente o tratamento e as prescrições do médico.
- É seu direito e dever conferir sempre se todos os procedimentos realizados foram devidamente discriminados.
- Nunca empreste sua carteirinha, sob pena de configuração de fraude.
- Em caso de necessidade de atendimento de urgência ou emergência, dirija-se ao pronto-socorro mais próximo que faça parte da rede referenciada pela Bradesco Saúde para o seu plano.
- Realize exames conforme solicitação médica. Uma vez solicitados e realizados, sempre retire o resultado de seus exames. Estudos indicam que grande parte dos pacientes não retorna para retirar os resultados e não dá continuidade ao tratamento, causando duplo prejuízo: para si mesmos e para o seguro-saúde.
- Após a utilização dos exames, guarde-os com segurança. Tais diagnósticos poderão ser úteis também no futuro.
- Em caso de sugestões, críticas ou eventuais reclamações, comunique a Bradesco Saúde ou a Qualicorp.

Bradesco Saúde

Qualicorp

Central de Relacionamento com o Cliente Bradesco Saúde

0800-701-2791
Planos Perfil 1 E CA, Perfil 1 Q CA, Nacional Flex E CA e Nacional Flex Q CA

0800-701-2736
Planos Top Nacional 2 E CA, Top Nacional Q CA 4 e Top Referência E CA

0800-701-2726
Planos Top NPlus Q CA

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) Bradesco Saúde

0800-727-9966

Central de Atendimento ao Surdo

0800-701-2708
Para portadores de necessidades especiais auditivas ou de fala(a partir de aparelhos adaptados com o dispositivo TDD)

Central de Serviços Qualicorp

4004-4400
Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000
Demais regiões

SAC Qualicorp

0800-779-9002
Todo o Brasil

Bradesco Saúde:
ANS nº 005711

Qualicorp Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

3.11.26.01.00001

C. jan/2017-00007 | I. jan/2017