



Bradesco
Saúde

Guia do Consultor

Supremo | Minas Gerais





Entidades | Públicos

Estas são as entidades para as quais a Qualicorp oferece, em condições especiais, o seguro-saúde coletivo por adesão Bradesco Saúde. Os profissionais devidamente registrados em sua respectiva entidade podem aderir ao benefício e incluir seus dependentes legais, conforme condições contratuais.

	ABRABDIR Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito Advogado	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os advogados associados à ABRABDIR – Associação Brasileira de Advogados e Bacharéis em Direito ABRABDIR.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia legível da carteira definitiva da OAB-UF ou cópia da certidão de inscrição expedida pela OAB-UF e comprovação de associação à entidade (carteirinha da entidade, declaração original de associado emitida pela entidade ou comprovante da contribuição em favor da entidade).

	AJUFE Associação dos Juizes Federais do Brasil Juiz Federal	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os associados à Associação dos Juizes Federais do Brasil (AJUFE).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia do holerite que comprove a associação à AJUFE ou cópia do holerite e cópia da carteira de associação à AJUFE.

	AMB Associação dos Magistrados Brasileiros Magistrado	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os magistrados estaduais ou federais filiados ao membro institucional (Associações Regionais) a que estiverem vinculados, devidamente associados à Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da identidade funcional e cópia do comprovante de pagamento ao membro institucional em que o beneficiário estiver vinculado.

	AMB Associação Médica Brasileira Médico	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os médicos associados à Associação Médica Brasileira (AMB) por meio de uma das entidades regionais federadas ou Associações Nacionais de Especialidade, excetuando-se a Associação Paulista de Medicina (APM) e a Associação Bahiana de Medicina (ABM).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM-UF) e comprovante de vínculo associativo com uma Entidade Regional Federada ou Associação Nacional de Especialidade (cópia da carteirinha, cópia do comprovante de pagamento da mensalidade ou declaração original).

	ANAMATRA Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho Servidor Público - Magistrado da Justiça do Trabalho	Comercialização <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coparticipação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os associados à Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho (ANAMATRA) que estiverem vinculados à respectiva associação regional (Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho – AMATRA).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da identidade profissional e cópia da carteira da ANAMATRA ou cópia da identidade profissional e declaração original de associado emitida pela entidade ou cópia de identidade profissional e cópia da carteira da AMATRA.



CAA-MG | Caixa de Assistência dos Advogados de Minas Gerais
Advogado e estagiário

Comercialização
 Sim Não

Coparticipação
 Sim Não

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os advogados e estagiários de direito regularmente inscritos na Ordem dos Advogados do Brasil – Seção de Minas Gerais (OAB-MG) e inscritos na Caixa dos Advogados de Minas Gerais (CAA-MG).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da carteira da OAB-MG.



FNA | Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas
Arquiteto e Urbanista

Comercialização
 Sim Não

Coparticipação
 Sim Não

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais de arquitetura e urbanismo no exercício da profissão, registrados em seus respectivos conselhos de classe e associados a um dos sindicatos filiados à Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas (FNA).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da carteira do conselho regional e cópia do comprovante de associação (carteirinha do sindicato filiado à FNA ou declaração original de associado emitida pelo sindicato filiado à FNA ou comprovante da contribuição em favor de um sindicato filiado à FNA).



MÚTUA | Mútua de Assistência dos Profissionais da Engenharia, Arquitetura e Agronomia
Engenheiro e Profissional do CREA

Comercialização
 Sim Não

Coparticipação
 Sim Não

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os profissionais registrados em um dos CREAs devidamente associados à Mútua de Assistência dos Profissionais de Engenharia, Arquitetura e Agronomia.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Profissional:

Cópia da carteira do CREA-UF e cópia da carteira da MÚTUA ou cópia da carteira do CREA-UF e declaração original de associação emitida pela MÚTUA.



SAEMG | Sindicato dos Administradores do Estado de Minas Gerais
Administrador

Comercialização
 Sim Não

Coparticipação
 Sim Não

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os administradores associados ao Sindicato dos Administradores do Estado de Minas Gerais (SAEMG).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Profissional:

Cópia da carteira de registro no CRA-UF e cópia do comprovante de pagamento da anuidade em exercício ou cópia da carteira de registro no CRA-UF e declaração original de associado emitida pela entidade ou cópia do diploma registrado do curso de administração e cópia do comprovante de pagamento da anuidade em exercício ou cópia do diploma registrado do curso de administração e declaração original de associado emitida pela entidade ou cópia do certificado de conclusão do curso de administração e cópia do comprovante de pagamento da anuidade em exercício ou cópia do certificado de conclusão do curso de administração e declaração original de associado emitida pela entidade.

Estudante:

Cópia da declaração/atestado original da universidade e cópia do boleto da anuidade em exercício ou declaração original de associado emitida pela entidade ou cópia do comprovante da última mensalidade quitada e cópia do boleto da anuidade em exercício ou declaração original de associado emitida pela entidade.



SASPB | Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil
Servidor Público

Comercialização
 Sim Não

Coparticipação
 Sim Não

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos servidores públicos ativos devidamente associados à Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil (SASPB).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia do holerite com a indicação do desconto mensal devido à SASPB ou cópia do holerite e declaração original de associado emitida pela entidade ou termo de posse e diário oficial com a publicação e declaração original de associado emitida pela entidade.



Planos

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas*
Bradesco Saúde Efetivo III E CA 6	480.473/18-2	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Efetivo III Q CA 6	480.475/18-9	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex E CA 6	477.005/16-6	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex Q CA 6	477.009/16-9	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA 6	477.013/16-7	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional Q CA 6	477.017/16-0	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA 6	477.003/16-0	individual	Nacional	3
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA 6	477.003/16-0	individual	Nacional	4
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA 6	477.003/16-0	individual	Nacional	6

* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso, consulte o Manual do Beneficiário.

Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Código ANS	Padrão de acomodação em internação	Abrangência Geográfica	Múltiplo de reembolso de honorários e despesas médicas*
Bradesco Saúde Efetivo III E CA Copart 6	480.478/18-3	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Efetivo III Q CA Copart 6	480.476/18-7	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex E CA Copart 6	477.004/16-8	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex Q CA Copart 6	477.008/16-1	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA Copart 6	477.012/16-9	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional Q CA Copart 6	477.016/16-1	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA Copart 6	477.020/16-0	individual	Nacional	3
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA Copart 6	477.020/16-0	individual	Nacional	4
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA Copart 6	477.020/16-0	individual	Nacional	6

* Para maiores informações sobre os múltiplos de reembolso, consulte o Manual do Beneficiário.



Coberturas Adicionais

Para todos os planos

Para todos os planos relacionados neste Guia são contempladas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento, bem como as seguintes coberturas adicionais:

- Demais transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS.



Benefícios Especiais*

Para os planos Top Nacional e Top NPlus

- Remissão por morte do Beneficiário Titular
Cobertura por 1 (um) ano sem custo para os beneficiários dependentes, em caso de óbito do beneficiário titular.

- Seguro Viagem

Cobertura no Brasil e exterior

- Organização de Remoção Inter Hospitalar
- Organização de Repatriação Sanitária
- Localização e Envio de Bagagem Extraviada
- Organização de Envio de Acompanhante
- Garantia de Regresso
- Organização de Repatriação Funerária

Cobertura somente no exterior

- Organização de Atendimento Médico e Hospitalar por Acidente ou Doenças
- Despesa Odontológica Emergencial
- Auxílio Pagamento de Fiança
- Indicação Jurídica
- Organização de Retorno Antecipado por Falecimento de Familiar
- Acompanhamento de Menores (14 anos) e/ou Idosos
- Auxílio de Fundos no Exterior
- Retorno de Familiares
- Orientação em caso de perda de documentos

* Benefícios disponíveis conforme condições contratuais.

Documentação dos dependentes

Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG e do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 (duas) testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a); • Cópia do RG e cópia do CPF do(a) companheiro(a); • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) solteiro(a) com até 29 (vinte e nove) anos de idade	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento. • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Filho(a) inválido(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Invalidez emitida pelo INSS; • Cópia da Certidão de Nascimento ou cópia do RG; • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
Enteado(a) solteiro(a) com até 29 (vinte e nove) anos de idade	<p>– Titular casado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Certidão de Casamento; • Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento. • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde. <p>– Titular com companheiro(a)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaração de União Estável de próprio punho, contendo o número do RG e o número do CPF do(a) companheiro(a), endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de 2 testemunhas, firma reconhecida do titular e do(a) companheiro(a), constando dependência econômica do(a) enteado(a); • Cópia do RG ou cópia da Certidão de Nascimento do(a) enteado(a). • Cópia do CPF, para pessoas com idade igual ou superior a 8 anos; • Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

ATENÇÃO: Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com 18 anos ou mais deverão apresentar cópia do RG. Todos os proponentes titulares e/ou seu(s) dependente(s) com idade igual ou superior a 8 anos deverão apresentar a cópia do CPF. O titular deverá apresentar cópia do comprovante de residência.

A Administradora de Benefícios/Estipulante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



Carências

Carências Contratuais e Tabelas de Redução de Carências

Grupos de Carência	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	Carência contratual	Tabela 1	Tabela 2
A	Casos de urgência e emergência.	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	0 (zero)
B	Consultas médicas e exames simples, que não necessitem de autorização prévia.	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
C	Fisioterapia, exceto em casos de acidente pessoal.	15 (quinze) dias	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas
D	Parto a termo.	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
E	Internações clínicas ou cirúrgicas.	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	0 (zero)
F	Demais casos.	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	0 (zero)



Redução de Carências

Condições para Redução de Carências

Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

- O proponente deve possuir um seguro-saúde Bradesco Saúde ou algum plano de saúde da “Relação de operadoras congêneres”, por um período igual ou maior que 6 (seis) meses, e menor que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 1”; ou por um período igual ou maior que 12 (doze) meses ininterruptos para ter a redução de carências indicada na “Tabela 2”;
- O plano anteriormente contratado pelo proponente deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias do início de vigência do benefício.

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Proponentes oriundos de planos que ofereçam segmentações diferentes das: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia (A+H+O) e Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia + Odontologia (A+H+O + Odontologia).
- Proponentes cuja data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 30 (trinta) dias da data de início de vigência do benefício.
- Proponentes oriundos de planos não regulamentados.

Relação de Operadoras Congêneres

• Allianz	• Golden Cross	• Omint	• Tempo
• Amil	• Lincx	• One Health	• Unimed's
• Care Plus	• Medial	• Porto Seguro	
• Cassi	• Mediservice	• Sompo	
• Gama	• NotreDame	• SulAmérica	

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Além das carências descritas acima, havendo na “Declaração de Saúde” a informação sobre doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da(s) qual(is) o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), como, por exemplo, obesidade mórbida.



Coparticipação

É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias, procedimentos e internações, respeitadas as resoluções e instruções normativas da ANS. Consulte os valores relativos à coparticipação na Tabela de Preços.



Pagamento

Valor mensal do benefício

O primeiro valor mensal do benefício é pago no início da vigência do benefício. Os valores mensais do benefício serão pagos através de boleto bancário ou débito automático em conta-corrente de acordo com a tabela a seguir:

Forma de pagamento	Vigência	Vencimento	Locais de pagamento
Boleto bancário	1º 10 20	Todo dia 1º Todo dia 10 Todo dia 20	Em qualquer banco, até o vencimento
Débito automático em conta-corrente	1º 10 20	Todo dia 1º Todo dia 10 Todo dia 20	001- Banco do Brasil 341- Itaú 237- Bradesco 033- Santander 070- BRB

Reajustes

Independentemente da data de adesão do beneficiário à apólice coletiva de seguro-saúde, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- I) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade);
- II) reajuste por mudança de faixa etária;
- III) reajuste em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS;

Independentemente das situações previstas, a aplicação de reajustes poderá ocorrer apenas 1 (uma) vez por ano, exceto o reajuste por mudança de faixa etária.

Prazos para adesão

Data da proposta Recebimento da proposta	Início da vigência do benefício
Dia 16 a 25	Dia 1º
Dia 26 a 05	Dia 10
Dia 6 a 15	Dia 20



- Administradora de Benefícios/Estipulante: Qualicorp Administradora de Benefícios S.A.
- Material de uso interno, destinado exclusivamente aos consultores. Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de lei e de normas regulamentadoras da ANS, bem como às regras estabelecidas contratualmente. Consulte seu supervisor periodicamente.
- A **Bradesco Saúde** disponibiliza para contratação o plano Referência. Para mais informações, contate seu supervisor.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta.
- Proposta sujeita à análise técnica.
- Consulte também o site da **Bradesco Saúde**: **www.bradescosaude.com.br**
- Os planos mencionados neste material podem ser comercializados no Estado de Minas Gerais.



Central de Serviços Qualicorp

Para capitais e região metropolitana:

4004-4400

Demais regiões:

0800-16-2000

www.qualicorp.com.br

