



Guia do Consultor

Premium | Bahia



Entidades | Públicos

Estas são as entidades para as quais a Administradora 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.



FECOMBASE | Federação dos Empregados no Comércio de Bens e Serviços do Estado da Bahia
Empregado do Comércio

Comercialização
 Sim Não

Coparticipação
 Sim Não

TITULAR

Poderão ser considerados beneficiários titulares todos os empregados que mantenham vínculo empregatício com empresas de serviços e do comércio, desde que elas sejam representadas pelos sindicatos filiados à Federação dos Empregados no Comércio de Bens e Serviços do Estado da Bahia (FECOMBASE).

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DO TITULAR

Cópia da carteira de trabalho (CTPS) atestando ser o solicitante funcionário com vínculo empregatício com a empresa, que deve ser filiada a um dos sindicatos filiados à FECOMBASE.



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 IV E CA 7	484.405/19-0	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Efetivo IV Q CA 7	484.404/19-1	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex E CA 7	477.021/16-8	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex Q CA 7	477.007/16-2	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA 7	477.011/16-1	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional Q CA 7	477.015/16-3	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA 7	477.019/16-6	individual	Nacional	3
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA 7	477.019/16-6	individual	Nacional	4
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA 7	477.019/16-6	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 IV E CA Copart 7	484.403/19-3	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Efetivo IV Q CA Copart 7	484.402/19-5	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex E CA Copart 7	477.002/16-1	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Nacional Flex Q CA Copart 7	477.006/16-4	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA Copart 7	477.010/16-2	coletivo	Nacional	1
Bradesco Saúde Top Nacional Q CA Copart 7	477.014/16-5	individual	Nacional	1
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA Copart 7	477.018/16-8	individual	Nacional	3
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA Copart 7	477.018/16-8	individual	Nacional	4
Bradesco Saúde Top NPlus Q CA Copart 7	477.018/16-8	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.

Para os planos Efetivo IV

- Fonoaudiologia: Sem limite de sessões.



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 em cartório de União Estável ou comprovante de endereço em comum;• 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 declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular e laudo médico informando que o dependente é inválido para exercer atividade laboral;• 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 em cartório de União Estável ou comprovante de endereço em comum;• 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	• Sampo	
• 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

Taxa de angariação

A taxa de angariação é devida ao angariador no ato da assinatura da Proposta, por conta da intermediação da contratação do benefício, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado.

A taxa de angariação NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade.

Em caso de não aceitação da Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

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	Todo dia 1º	Em qualquer banco, até o vencimento
	10	Todo dia 10	
	20	Todo dia 20	
Débito automático em conta-corrente	1º	Todo dia 1º	001 - Banco do Brasil 104 - Caixa Econômica Federal
	10	Todo dia 10	237 - Bradesco 341 - Itaú
	20	Todo dia 20	070 - BRB 033 - Santander

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



- 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

