

## 1 – DADOS PESSOAIS

Matrícula do TCU	Nome Completo			Data da Posse
Vínculo com o TCU	<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista Civil <input type="checkbox"/> Pensionista Judicial			
Data de Nascimento	Naturalidade	Estado Civil		Data de Filiação
CPF	RG			E-Mail
Telefone Residencial	Telefone Comercial			Celular
Nome do Pai		Nome da Mãe		

## 2 – DADOS SOBRE O PLANO DE SAÚDE

**PLANOS  
BRADESCO**

Top Nacional Enfermaria     Top Nacional Apartamento     Top Nacional Plus 3 Apartamento

## 3 – DADOS FINANCEIROS

Banco	Agência	Conta Corrente
-------	---------	----------------

## 4- DEPENDENTES

Nome Completo			
CPF	RG	Data de Nascimento	
Estado Civil	Grau de Parentesco	Telefone	Telefone Celular

Nome Completo			
CPF	RG	Data de Nascimento	
Estado Civil	Grau de Parentesco:	Telefone	Telefone Celular

Nome Completo			
CPF	RG	Data de Nascimento	
Estado Civil	Grau de Parentesco	Telefone	Telefone Celular

## 5 – DECLARAÇÃO DE DEPÊNDENCIA ECONÔMICA (Exceto Cônjugue e Companheiro (a))

Declaro para fins de prova junto ao Pro-TCU, que o(s) dependente(s) identificado(s) no item 4 (Dependentes) não possui(em) rendimentos superiores a dois salários mínimos e vive (em) sob minha dependência exclusiva.



As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.

## 6 – DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento e estar de acordo com o Estatuto e o Regulamento Geral do Pro-TCU – Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União, bem como as normas de adesão ao plano e as regras para a utilização. Atesto também, que estou ciente de todas as cláusulas do contrato entre o Pro-TCU e a Bradesco Saúde.

## 7 – AUTORIZAÇÃO

Autorizo:

- A consulta e/ou atualização de todos os meus dados cadastrais e de meus dependentes que estão arquivados na Diretoria de Saúde - DSAUD/SEGEPE/SEGEDAM para a Diretoria Administrativa do Pro-TCU;
- O desconto em folha de pagamento ou o débito em conta corrente dos valores referentes à contribuição mensal, mensalidade e demais débitos de minha responsabilidade, inclusive de meus dependentes, a favor do Pro-TCU ou de operadora de plano de saúde por esta contratada, de acordo com as disposições do Estatuto e do Regulamento Geral do Pro-TCU e a opção de plano de saúde por mim escolhida.

## 8 – TERMO DE CONDUTA

No entendimento de que, como associado do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União, sou também responsável pela qualidade do atendimento que me é prestado, comprometo-me a:

- Acatar o Regulamento e o Estatuto do Pro-TCU, em perfeita sintonia com os fins neles objetivados.
- Manter uma atitude de correção e lealdade:
  - Ao utilizar meu cartão de atendimento, ciente de que o mesmo é pessoal e intransferível, e que devo devolvê-lo no ato do meu desligamento.
  - Observando a consignação correta dos valores do meu plano de saúde e dos meus dependentes, sendo sabedor que o débito existente deverá ser pago imediatamente, sob pena prevista no Estatuto e no Regulamento, bem como o crédito devido será resarcido por esta associação.
- Tratar com respeito, civilidade e consideração os funcionários do Pro-TCU.  
E por razão do acima, manifesto minha ciência das ações ético/disciplinares cabíveis, quer sejam de advertência, suspensão ou de desligamento, nos casos de violação deste Código de Conduta, além das condições previstas no Estatuto e Regulamento do Pro-TCU.

## 9 – TERMO DE CONSENTIMENTO - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD)

Este termo de consentimento foi elaborado em conformidade com a lei geral de proteção de dados. Consoante ao artigo 5º inciso XII da Lei 13.709/2018, para viabilizar a manifestação livre, informada e inequívoca, pela qual o titular/ responsável concorda com o tratamento de seus dados pessoais.

O Titular/Responsável concorda que o Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União (Pro-TCU), denominado **Controlador**, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, bem como realize o tratamento de seus dados pessoais e dos seus dependentes, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

### Dados Pessoais

O Controlador fica autorizado a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do Titular: Nome completo; Data de nascimento; Número e imagem da Carteira de Identidade (RG); Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); Número e imagem da Carteira Nacional de Habilitação (CNH); Fotografia 3x4; Estado civil; Nível de instrução ou escolaridade. Endereço completo, Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail, Banco, agência e número de contas bancárias, Bandeira, número, validade e código de cartões de crédito, Nome de usuário e senha específicos para uso dos serviços do Controlador, Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador.

### Finalidades do Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados pessoais listados neste termo tem as seguintes finalidades:

Possibilitar que o Controlador identifique e entre em contato com o Titular para fins de relacionamento comercial.

Possibilitar que o Controlador elabore contratos comerciais e emita cobranças contra o Titular.

Possibilitar que o Controlador envie ou forneça ao Titular seus produtos e serviços, de forma remunerada ou gratuita.



As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.

Possibilitar que o Controlador estruture, teste, promova e faça propaganda de produtos e serviços, personalizados ou não ao perfil do Titular.

#### Compartilhamento de Dados

O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular/Responsável com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, inclusive para os casos de ações judiciais ou procedimentos administrativos, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709.

#### Segurança dos Dados

O Controlador responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações accidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, o Controlador comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular.

#### Término do Tratamento dos Dados

O Controlador poderá manter e tratar os dados pessoais do Titular durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas neste termo. Dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

O Titular poderá solicitar via e-mail ou correspondência ao Controlador, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados do Titular. O Titular fica ciente de que poderá ser inviável ao Controlador continuar o fornecimento de produtos ou serviços ao Titular a partir da eliminação dos dados pessoais.

#### Direitos do Titular

O Titular tem direito a obter do Controlador, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição:

I - Confirmação da existência de tratamento;

II - Acesso aos dados;

III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

IV - Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709;

V - Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial;

VI - Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709;

VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;

VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;

IX - Revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

#### Direito de Revogação do Consentimento

Este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao Controlador.

### DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

**Data:**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**OBS:** Anexar os documentos previstos no parágrafo único do art. 4º e 5º do Regulamento Geral do Pro-TCU, conforme o caso.

<b>ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DO Pro-TCU</b>	<b>CADASTRO</b>
Data:  Assinatura:	a) Vigência do Plano:  b) Carência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  c) Portabilidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  Data:  Assinatura:



As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.



**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**  
COLETIVO POR ADESÃO



**Bradesco**  
Saúde

ANS N° 41728-9

ANS N° 00571-1

Nome do Titular	Nº da Proposta	CPF

Folha 01/05

Para que o proponente titular se habilite à adesão a este seguro-saúde, assim como os seus dependentes, ele deverá preencher e assinar esta Declaração de Saúde, registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os dependentes que pretenda incluir no seguro.

### Informações importantes

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

**1.1.** Caso opte pela orientação de um médico referenciado, o proponente titular deve solicitar ao seu corretor a Relação de Referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar este procedimento.

**2.** Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente titular tenha conhecimento no momento da assinatura desta Proposta, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes que pretenda incluir no seguro-saúde.

**3.** Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida pela Bradesco Saúde a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização. Cobertura Parcial Temporária (CPT): o proponente titular ou qualquer de seus dependentes não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. Nenhuma cobertura será negada ao beneficiário titular, ou a qualquer um de seus dependentes, para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a Bradesco Saúde apresente as provas concretas para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que o beneficiário titular omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta Declaração de Saúde. ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

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

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

### Definições importantes

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

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

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

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**  
COLETIVO POR ADESÃO



ANS Nº 41728-9

ANS Nº 00571-1

Nome do Titular

Nº da Proposta

CPF

Folha 02/05

O objetivo desta Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões de que o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, e das quais tenha(m) conhecimento na data da assinatura da Proposta acima referida.

Proponente Titular

Nome Completo

Nome Completo (continuação)

Para o preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente titular tem a opção de ser orientado por um médico indicado pela Operadora, sem ônus financeiro para o proponente, ou por um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão inteiramente de sua responsabilidade.

Responda às questões abaixo fornecendo as informações solicitadas e assinalando “S” para as respostas afirmativas e “N” para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep. 4	Dep. 5
--	---------	-------	-------	-------	--------	--------

1	É portador de diabetes? Se sim, informe na página 14, após este questionário, a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento realizado e as complicações associadas ao diabetes.					
2	É portador de alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o tipo de doença e o período de tratamento.					
3	É portador de câncer? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).					
4	É portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infectocontagiosas, tais como AIDS, doenças venéreas, hepatites, meningites, tuberculoses e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
5	Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe na página 14 o tipo de tratamento e o tipo de patologia.					
6	É portador de algum tipo de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe na página 14 a data da cirurgia.					
7	É portador de alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tipo da patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.					

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

ANS Nº 41728-9

ANS Nº 00571-1

Nome do Titular	Nº da Proposta	CPF
-----------------	----------------	-----

Folha 03/05

Titular Dep.1 Dep.2 Dep. 3 Dep. 4 Dep. 5

<b>8</b> É portador de hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>9</b> É portador de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>10</b> É portador de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>11</b> É portador de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>12</b> É portador de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>13</b> É portador de hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>14</b> É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>15</b> É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>16</b> É portador de doenças psiquiátricas, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.					
<b>17</b> É portador de alguma doença do sangue, tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>18</b> Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe na página 14 a data da última transfusão e o motivo.					
<b>19</b> É portador de alguma doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento, bem como as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessário.					
<b>20</b> É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapsos genitais e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**  
COLETIVO POR ADESÃO



ANS N° 41728-9

ANS N° 00571-1

Nome do Titular	Nº da Proposta	CPF
-----------------	----------------	-----

Folha 04/05

Titular Dep.1 Dep.2 Dep.3 Dep. 4 Dep. 5

<b>21</b> É portador de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>22</b> É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual na página 14.					
<b>23</b> É portador de varizes? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>24</b> É portador de alguma sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe na página 14 a data do acidente ou doença e o tipo de sequela.					
<b>25</b> É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>26</b> É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe na página 14 a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.					
<b>27</b> Está grávida? Se sim, informe na página 14 o tempo de gravidez.					
<b>28</b> É portador de qualquer outra deficiência de órgão, membros ou sentidos? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tipo de patologia, tratamento realizado e o período de tratamento.					
<b>29</b> É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe na página 14 o tipo e a data do tratamento realizado.					
<b>30</b> Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente na página 14.					
<b>31</b> Tem indicação para submeter-se proximamente a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente na página 14.					

### Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)						
Altura (m)						

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



# **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

## **COLETIVO POR ADESÃO**



**ANS N° 41728-9**

**ANS N° 00571-1**

Caso o proponente titular ou qualquer de seus dependentes apresentarem alguma resposta afirmativa em alguma das perguntas das páginas 11,12 e 13, favor informar abaixo os dados solicitados na(s) respectiva(s) pergunta(s), ou qualquer outra informação ou dado importante para a avaliação médica.

## **Entrevista Qualificada**

**A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.**

- 1** Declaro que fui orientado por médico referenciado da Bradesco Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.

---

**2** Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da Bradesco Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde.

---

**3** Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas, e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nessa Declaração.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM:

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 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 relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

## **Da responsabilidade do proponente e beneficiário**

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente titular e/ou seu(s) dependentes saiba(m) ser portador(es) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Nesse caso o proponente titular, como beneficiário, será responsável pelo pagamento das eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação, por parte da Operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



ANS Nº 41728-9

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO  
EXCLUSIVO PARA O PROJETO PRO-TCU

V.2024.03.1



ANS Nº 00571-1

## Objeto

Este aditivo tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, o prazo de carência, contado a partir do início de vigência contratual, durante o qual o beneficiário não terá acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

## Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta de Adesão, observados os planos escolhidos e as faixas etárias. Os prazos das carências reduzidas indicados no Aditivo de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos da Operadora.

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

- 1 O proponente deve possuir um plano de saúde anterior, no qual tenha permanência mínima de 06 ( seis ) meses ininterrupto;
- 2 O proponente deve ser oriundo de um plano de operadora constante da "Relação de Operadoras Congêneres" lista a seguir nesse aditivo;
- 3 O plano anteriormente contratado pelo proponente deve estar com a última parcela quitada há no máximo 60 ( sessenta ) dias do início da vigência do benefício decorrente desta proposta;
- 4 Deverão ser apresentados para análise da redução de carências Cópia do Contrato ou Cartão de identificação, constando data de início e cópia dos 03 ( três ) últimos boletos quitados para proponentes oriundos de planos individuais e Declaração da Operadora anterior, em papel timbrado, atestando a data de início, tempo de permanência, relação de dependentes, carências atuais e data do último pagamento para proponentes oriundos de Planos Coletivos por Adesão;
- 5 Os casos de proponentes oriundos de outro plano da Bradesco Saúde, a redução/isenção de carência e cobertura parcial temporária ( CPT ) considerará os prazos já cumpridos pelos proponentes no plano anterior, desde que, não haja descontinuidade de pagamento.

## Dos novos prazos para carência

Para início da utilização dos serviços contratados, os beneficiários deverão cumprir os prazos de carência, conforme descrito abaixo:

Grupo de Carências	Coberturas, serviços médicos e hospitalares	CARÊNCIA CONTRATUAL <b>4075</b>	REDUÇÃO DE CARÊNCIA <b>4076</b>
A	Atendimentos de urgências e emergências	24 horas	Isento
B	Consultas e Exames Simples	15 dias	Isento
C	Fisioterapia, exceto nos casos de acidente pessoal	15 dias	Isento
D	Demais casos	180 dias	Isento
E	Parto a termo	300 dias	300 dias



ANS Nº 41728-9

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO  
EXCLUSIVO PARA O PROJETO PRO-TCU



ANS Nº 00571-1

**CPT****Cobertura Parcial Temporária para Doenças Preexistentes**

CPT Padrão	Redução de Carência
------------	---------------------

Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS – RN 262.

24 meses	24 meses
----------	----------

Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.

24 meses	24 meses
----------	----------

**Critérios:**

- CARÊNCIA CONTRATUAL 4075 Válido para beneficiários oriundos de planos de outras operadoras que não constam na relação de operadoras congêneres.
- REDUÇÃO DE CARÊNCIA 4076 Válido para beneficiários oriundos de planos de operadoras constantes na relação de operadoras congêneres.

**Relação de Operadoras Congêneres**

ALLIANZ - MARÍTIMA - SUL AMÉRICA - TEMPO - CARE PLUS - OMINT - UNIMED - AMIL/MEDIAL - GOLDEN CROSS - PORTO SEGURO CASSI - MEDISERVICE - ONE HEALTH - SÃO BERNARDO SAÚDE - NOTREDAME - LINCK

**Documentação Obrigatória**

Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior carimbada e assinada (atualizada e original) de cada beneficiário relacionado abaixo:

Dados Cadastrais	Operadora atual	Plano atual	Desde	Último pagamento	Código da carência à cumprir
Titular					
Dep 1					
Dep 2					
Dep 3					
Dep 4					
Dep 5					



ANS N° 41728-9

ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
PARA INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES  
CONTRATOS - COLETIVOS POR ADESÃO  
EXCLUSIVO PARA O PROJETO PRO-TCU



ANS N° 00571-1

## Termo de Responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da BRADESCO. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadarem nas condições descritas nesta proposta e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nº da proposta contratual: \_\_\_\_\_

Nome do titular / responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome do corretor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Corretor

---

Assinatura do Responsável