

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



Bradesco Saúde

V. 2025.07.1



Entidade FUNDIÁGUA - Fundação de Previdência Complementar

Lotação

Matr. Funcional

Alteração Cadastral

☐ Sim☐ Não

Inclusão

☐ Titular☐ DependenteMovimentação de Plano
Informar opção no item 3☐ Upgrade☐ Downgrade

Aniv. do Contrato

AGOSTO

Início da Cobertura

01 de _____ de 20____

01/10

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo

Data de nascimento

RG

Órgão expedidor

Data de Emissão

CPF

Sexo M ☐ F ☐

Estado civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐DNV¹CNS²

Pis/Pasep

Matrícula Funcional

E-mail

Endereço Residencial

Cidade

UF

CEP

Tel residencial

Tel celular

Nome da mãe do proponente titular

2. DEPENDENTES

1 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

2 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

3 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

4 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

5 Nome Completo

Data de Nas.

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Parentesco

1 ☐ 2 ☐

RG

Orgão Exp.

Data Exp.

CPF

DNV¹CNS²

Nome da mãe

¹DNV é a Declaração de Nascido Vivo (Certidão de Nascimento) Informação obrigatória para nascidos a partir de jan/2010. ²CNS é a Carteira Nacional de Saúde. Estas são exigências da ANS através da RN Nº 250/11
Parentesco: 1- Cônjuge/Companheiro(a) 2- Filho(a) Sexo: M- Masculino | F- Feminino Estado civil: 1- Solteiro | 2- Casado | 3- Viúvo | 4- Divorciado | 5- Separado Judicialmente | 6- Outros

Os dados informados serão preservados pela AllCare, sendo utilizados para os fins de execução desta Proposta, bem como para apoio administrativo ao Proponente nas questões relativas ao plano de saúde, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Ao solicitar a inclusão de um menor de 18 (dezoito) anos como dependente, o Proponente titular (responsável legal pelo menor) autoriza o tratamento dos dados pessoais do menor pela AllCare e pela Operadora/Seguradora, especificamente para a inclusão do menor como dependente no seguro/plano de saúde e/ou odontológico objeto desta Proposta, e autoriza o compartilhamento dos dados pessoais do menor com fornecedores e prestadores de serviços da Operadora/Seguradora e da Administradora de Benefícios, necessários para o fornecimento dos serviços de assistência à saúde e/ou odontológico, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal



3. PRODUTOS

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

	Produto	Acomodação	Abrangência	Código ANS
COM COPARTICIPAÇÃO	☐ Nacional Flex - SFXE	Enfermaria	Nacional	
	☐ Nacional Flex - SFXQ	Apartamento	Nacional	
	☐ Ideal - SIDQ	Apartamento	Nacional	
	☐ Top nacional Quarto - NQS1	Apartamento	Nacional	

Pelo presente, declaro expressamente que:

- Ao Preencher e assinar este Formulário de Adesão / Movimentação, fui devidamente orientado sobre meus direitos e obrigações inerentes ao Plano de Assistência Médica, em meu benefício e dos meus dependentes elegíveis.
- Estou ciente e de acordo que meus dependentes sempre participarão do mesmo Plano onde eu estiver inscrito.
- Tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carência estabelecidos no momento da contratação. Não tenho nenhuma dúvida quanto a sua aplicação.
- Tenho conhecimento da existência do Plano Referência, instituído pela Lei 9.656/98, e que este foi me oferecido, sendo minha opção a não contratação.
- O presente Formulário de Adesão / Movimentação é parte integrante do Contrato Coletivo por Adesão, a qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito por mim sem quaisquer restrições ao seu conteúdo.
- Tenho ciência que em caso de exclusão do beneficiário titular e/ou dependente ou rescisão contratual devolverei imediatamente o(s) cartão(ões) de identificação do(s) beneficiário(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do plano de saúde, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.
- Estou ciente e de acordo que a AllCare realizará o tratamento dos meus dados pessoais e de eventuais dependentes de acordo com a legislação brasileira aplicável, especialmente no que se refere ao tratamento de dados de menores, sempre com respaldo em uma base legal válida, legítima e adequada ao tratamento e para uma finalidade específica, e nas hipóteses em que o consentimento for necessário, este será devidamente coletado.
- Tenho ciência que a AllCare disponibiliza em seu website www.allcare.com.br as Políticas de Privacidade com referências claras e destacadas a respeito do tratamento, finalidades de uso e compartilhamento dos dados pessoais, inclusive informações de como os direitos podem ser exercidos, e declaro estar de acordo com seus termos, mantendo o compromisso de acessar periodicamente as Políticas de Privacidade para me manter atualizado acerca dos tratamentos de dados pessoais realizados pela AllCare.
- Tenho ciência que a AllCare disponibiliza um canal direto de comunicação de comunicação para que os titulares dos dados exerçam seus direitos de forma facilitada e gratuita, conforme previsto no item 7. COMO FALAR SOBRE DADOS PESSOAIS COM A ALLCARE? da Política de Privacidade da AllCare, disponibilizada no website www.allcare.com.br.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



Bradesco
Saúde

COBRANÇA

03/10

☐

Desconto em folha de pagamento

Autorizo o desconto em folha de pagamento a ser feito pela **FUNDIÁGUA** referente à minha mensalidade do plano de saúde, ora contratado, e de meus dependentes, ciente que a falta de pagamento poderá ocasionar a suspensão e/ou cancelamento da prestação dos serviços de assistência médica.

☐

Estou ciente e concordo que, por meio deste documento, ao aderir ao plano de saúde, concordo com a forma de comunicação digital, tornando eficaz e válida toda comunicação realizada pela AllCare aos seus beneficiários, por meios eletrônicos habituais de envio, como, por exemplo, o e-mail, o WhatsApp, SMS, e/ou outro que passe a ser utilizado de maneira comum. Mantenho o compromisso de sempre atualizar meus dados informados, e de acessar meus meios de comunicação digital com frequência.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

Prezado(a) beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

A Operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A Operadora deverá oferecer: Cobertura Total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à saúde para que se possa utilizar toda a cobertura contratada após os prazos de carência contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e Procedimentos de Alta Complexidade – PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.*), **exclusivamente** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para essa doença ou lesão.

Local e data

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

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

A Operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a Operadora poderá **rescindir** o contrato por **fraude** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

*Para consultar a lista completa de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil “Beneficiário”**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil “Beneficiário”**.

Beneficiário (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Local e data

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



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.

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



Bradesco
Saúde

07/10

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.						

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



Bradesco
Saúde

08/10

	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
8	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.					
9	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.					
10	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.					
11	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.					
12	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.					
13	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.					
14	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.					
15	É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
16	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.					
17	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.					
18	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.					
19	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.					
20	É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



Bradesco
Saúde

09/10

	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
21 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.						
22 É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual na página 14.						
23 É portador de varizes? Se sim, informe na página 14 a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
24 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.						
25 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.						
26 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.						
27 Está grávida? Se sim, informe na página 14 o tempo de gravidez.						
28 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.						
29 É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe na página 14 o tipo e a data do tratamento realizado.						
30 Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente na página 14.						
31 Tem indicação para submeter-se proximo 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)						

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Administradora de Benefícios:



Operadora:



Bradesco
Saúde

10/10

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.

Item	Dependentes	Data do Evento	Esclarecimentos

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 Agravio como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/13 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)

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA ASSISTENCIAL DA FUNDIÁGUA

A **FUNDIÁGUA - FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR** (“**FUNDIÁGUA**”), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com sede no SCN Quadra 04 Bloco B, Centro Empresarial Varig, 11º andar, Sala 1104-B — Brasília-DF, inscrita no CNPJ sob o nº 73.983.876/0001-79, e o(a) Proponente, identificado(a) como (“**TITULAR**”), celebram o presente TERMO DE ADESÃO, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1. Por meio deste instrumento, o(a) TITULAR adere ao Programa de Assistência à Saúde administrado pela FUNDIÁGUA (“Programa Assistencial”) e declara ter ciência do Regulamento do Programa Assistencial que está disponível no *site* da FUNDIÁGUA (www.fundiagua.com.br).

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DO(A) TITULAR

- 2.1. Considera-se TITULAR elegível ao Programa Assistencial, o(a) Participante ou Assistido(a) que estiver inscrito em algum dos planos de benefícios previdenciários administrados pela FUNDIÁGUA.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DEPENDENTES E AGREGADOS

- 3.1. Considera-se Beneficiário Dependente a pessoa física dependente natural inscrita pelo Beneficiário Titular nos respectivos serviços de assistência à saúde do Programa Assistencial, devendo obrigatoriamente se enquadrar nas condições estabelecidas no contrato que rege a prestação dos serviços.
- 3.2. Considera-se Beneficiário Agregado a pessoa física inscrita pelo Beneficiário Titular nos respectivos serviços de assistência à saúde do Programa Assistencial, que não se enquadra na condição de dependente natural, podendo ser pai, mãe, sobrinhos, tios, netos, padrasto, madrastra, genros, noras e filho dos enteados do titular.
- 3.3. As condições de elegibilidade, inscrição, manutenção e perda da qualidade de Beneficiário Dependente ou Beneficiário Agregado estão definidas nos respectivos contratos de prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica.
- 3.4. As inclusões ou exclusões de Beneficiário Dependente e Beneficiário Agregado obedecerão às condições expostas no Contrato de prestação de serviços de assistência médica, hospitalar e odontológica.
- 3.5. O Beneficiário Dependente e o Beneficiário Agregado, obrigatoriamente, serão inscritos nos mesmos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológica escolhidos pelo(a) TITULAR.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA PARTICIPAÇÃO PATRONAL

- 4.1. A contribuição mensal patronal ao Plano de Saúde do(a) TITULAR e de seus Dependentes, será nas condições estabelecidas pelo(a) Patrocinador(a) a que estiver vinculado(a).
- 4.2. Para que seja mantido o recebimento da contribuição patronal referente aos dependentes (filhos, enteados e tutelados) com idade entre 21 anos e 23 anos e 11 meses, é obrigatória a apresentação de comprovação de matrícula em instituição de ensino superior reconhecida pelo MEC.
- 4.3. A primeira comprovação deverá ser entregue até 2 (dois) meses antes do dependente completar 21 anos, e deverá ser renovada semestralmente, mediante a apresentação de declaração atualizada emitida pela referida instituição de ensino.
- 4.4. O(A) TITULAR declara ciência e concordância de que, caso não entregue as comprovações, em tempo hábil de movimentação cadastral, o(a) Patrocinador(a) deixará de contribuir compulsoriamente com o auxílio correspondente ao(s) respectivo(s) dependente(s) legal(is), sendo responsabilidade do(a) TITULAR assumir os valores integrais gerados nos períodos correspondentes.
- 4.5. O dependente que não atender às condições desta Cláusula terá sua situação cadastral alterada para Dependente Sem Patronal, sendo cobrado a mensalidade no valor integral da tabela de Dependente, não sendo possível realizar qualquer tipo de estorno de valores, referente à mensalidade cobrada na nova condição, ou o pagamento retroativo, relativo ao período não comprovado das condições previstas no item 4.2.
- 4.6. A partir dos 22 anos, o(s) Dependente(s) do(a) TITULAR que não apresentar(em) a documentação prevista no item 4.2, perderá(ão) direito à contribuição do(a)(s) patrocinador(a)(s) para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar.
- 4.7. O(A) TITULAR é responsável pelo custeio integral do Plano Odontológico dos seus Dependentes, não havendo previsão de contribuição pelo(a) patrocinador(a) a que estiver vinculado(a).
- 4.8. Os Assistidos e seus Dependentes não terão direito à contribuição do(a)(s) patrocinador(a)(s) para custeio dos Planos de Assistência Médica, Hospitalar e Odontológico.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS CARÊNCIAS

- 5.1. O(A) TITULAR, o(s) Dependente(s) deverá(ão) cumprir as carências em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecidos no contrato da Operadora ou Seguradora do Plano de Saúde contratado pela FUNDIÁGUA.
- 5.2. As condições e critérios da Cobertura Parcial Temporária (CPT) estão previstos no contrato da Operadora ou Seguradora do Plano de Saúde.

6. CLÁUSULA SEXTA – DA COPARTICIPAÇÃO

- 6.1. O(A) TITULAR será responsável pelos pagamentos dos valores da Coparticipação, cujos critérios serão definidos no ato da contratação da Operadora ou Seguradora

de Saúde pela FUNDIÁGUA, cujas regras estão de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DOS PAGAMENTOS

- 7.1. Os pagamentos da mensalidade para custeio do Plano de Saúde e Odontológico e da Coparticipação serão efetivados por desconto em folha de pagamento ou na folha de benefícios do(a) TITULAR.
- 7.2. O(A) TITULAR autoriza a FUNDIÁGUA a adotar as providências, objetivando o desconto em folha, junto ao(à) respectivo(a) Patrocinador(a).
- 7.3. Quando, por qualquer motivo, não for possível efetivar o desconto na folha de pagamento do Participante ou no benefício do Participante Assistido, será adotada a cobrança bancária por meio de boleto (COB) ou outro meio adotado pela FUNDIÁGUA.
- 7.4. Além do custeio do Plano de Saúde e da Coparticipação, poderá ser cobrado do(a) TITULAR e seus Dependentes, contribuições extraordinárias e/ou especiais, taxas administrativas, PIS e COFINS, incidentes sobre o valor total da respectiva mensalidade do Plano de Saúde e/ou Odontológico.
- 7.5. O atraso no pagamento das mensalidades, da coparticipação e das taxas dos Planos de Saúde e Odontológico implicará na incidência de multa, juros e correção monetária, nos termos das normas da FUNDIÁGUA.
- 7.6. A inadimplência do pagamento da mensalidade e coparticipação dos Planos de Saúde e Odontológico por prazo superior a 60 (sessenta) dias, acarretará ao(à) TITULAR:
 - a) O cancelamento da inscrição no Plano de Saúde e/ou Odontológico e consequente perda do direito pelo respectivo Dependente;
 - b) negativação em cadastros de inadimplentes; e
 - c) cobrança judicial do saldo devedor.

8. CLÁUSULA OITAVA – DO CANCELAMENTO

- 8.1. O cancelamento da inscrição do(a) TITULAR ocorrerá nas seguintes hipóteses:
 - a) falecimento;
 - b) perda do vínculo previdenciário com a FUNDIÁGUA;
 - c) por solicitação formal, requerendo seu desligamento do Programa Assistencial ou de seu(s) Dependente(s); e
 - d) inadimplência por mais de 60 (sessenta) dias.
- 8.2. No Plano de Saúde e Odontológico, o cancelamento da inscrição a pedido do(a) TITULAR poderá ser realizado a qualquer momento conforme normativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

- 8.3. O cancelamento da inscrição do(a) TITULAR implicará no cancelamento automático da inscrição do(s) Dependente(s) a ele vinculado(s).
- 8.4. No ato do cancelamento, o(a) TITULAR deverá entregar à FUNDIÁGUA, em até 5 (cinco) dias, sua carteirinha do convênio e do(s) Dependentes e demais documentações que possibilitem a utilização dos serviços médicos ou odontológicos.
- 8.5. O cancelamento do Plano de Saúde acarretará a perda do direito aos programas de saúde oferecidos pela FUNDIÁGUA.

9. CLÁUSULA NONA – DOS REAJUSTES

- 9.1. O reajuste do valor das mensalidades dos planos de saúde e/ou odontológico será realizado de acordo com os índices e critérios estabelecidos no contrato ou na negociação.
- 9.2. O valor da mensalidade será atualizado quando ocorrer mudança de faixa etária ou mudança de plano (*Up Grade ou Down Grade* do Plano).
- 9.3. Os valores pagos pelo(a) TITULAR poderão ser afetados pelas condições impostas pelo(a) Patrocinador(a) em decorrência do Acordo de Gestão firmado com a FUNDIÁGUA.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1 O(A) TITULAR reconhece que a responsabilidade pelos atendimentos é exclusiva da Operadora ou Seguradora e dos respectivos prestadores de serviços integrantes da rede, sendo a FUNDIÁGUA subestipulante dos contratos de planos de saúde e odontológico disponibilizados em seu Programa Assistencial.
- 10.2 O(A) TITULAR autoriza a FUNDIÁGUA, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, a:
- a) utilizar imagem e som, compreendendo, mas não se limitando, a imagem física, nome e voz, a título gratuito, abrangendo, inclusive, a licença a terceiros, de forma direta ou indireta, e a inserção em materiais para toda e qualquer finalidade, seja para uso comercial, jornalístico, editorial, didático e outros que existam ou venham a existir no futuro, campanhas internas e externas de publicidade e/ou divulgação, promoções, atividades institucionais, realizadas por meio de rádio, TV, mídias sociais (inclusive grupos de WhatsApp), internet, folders para veiculação/distribuição em território nacional e internacional, se for o caso; e
 - b) tratar os dados com as informações estritamente necessárias ao desenvolvimento das atividades de interesse da Entidade, sem limitação quanto à quantidade, tempo e restrição quanto ao meio de veiculação do conteúdo.
- 10.3 O(A) TITULAR poderá acessar Política de Privacidade e Proteção de Dados no *site* da FUNDIÁGUA.

E, por estarem de comum acordo, as Partes, juntamente com as testemunhas, assinam, física ou eletronicamente. Na forma eletrônica, declaram expressamente, de forma inequívoca, que esse tipo de assinatura é juridicamente válido, exequível e suficiente para vincular as Partes a todos os termos e condições deste Termo de Adesão, nos termos da legislação vigente.

Brasília/DF, de de 2025.

TITULAR

Nome:

CPF: