**Declaração (COVID-19)**

Considerando:

         a declaração da situação de **Emergência em Saúde Pública** de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) - Portaria nº 188 - Ministério da Saúde, de 03.02.2020;

         a declaração de **pandemia de COVID-19** realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020;

         a ocorrência do **estado de calamidade pública** reconhecido no Decreto Legislativo nº 6, de 20.3.2020;

         a declaração do **estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19),** através daPortaria nº 454 do Ministério da Saúde, de 20.03.2020;

Considerando ser fato público e notório que, com vistas ao enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (covid-19), diversos Estados e Municípios decretaram as **medidas de isolamento e quarentena,** gerando severas restrições ao funcionamento de diversos serviços, conforme previsto na Lei federal nº 13.979/20 e Portaria nº 356/20 do Ministério da Saúde;

Considerando ainda, que, no âmbito da saúde suplementar, a **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, tem determinado **medidas regulatórias excepcionais e temporárias**, dentre elas, orientação para que as Operadoras priorizem a assistência aos casos graves da Covid-19 de seus beneficiários;

Considerando que as recentes medidas adotadas pela ANS, assim como as que futuramente venham a ser tomadas enquanto perdurar a situação de emergência em saúde pública, podem alterar a forma de cobertura dos atendimentos assistenciais previstos na legislação de saúde suplementar;

**Ante estas considerações, o Proponente Titular declara, por si e por todos os seus dependentes que pretenda incluir no seguro, ter conhecimento das informações aqui prestadas e ciente que** todo o cenário informado pode impactar diretamente o serviço de assistência à saúde contratado, podendo, eventualmente, comprometer a cobertura assistencial em virtude de sobrecarga do sistema de saúde privado diante da situação excepcional e transitória que atualmente vigora.

               Ainda que ocorram atrasos no recebimento da(s) carteirinha(s) e outros materiais físicos em função da **paralisação parcial dos serviços dos Correios** em todo o país,  poderá(ão) ser utilizada(s) carteirinha(s) na versão digital, disponível(is) no APP e os boletos < INSERIR OUTROS DOCUMENTOS SE FOR O CASO> poderão ser obtidos no site <INSERIR ENDEREÇO>.

**O Proponente Titular declara à Bradesco Saúde, por si e por todos os seus dependentes que pretenda incluir no seguro, estar ciente do conteúdo deste documento e, nestas condições, propõe a sua adesão e de seu(s) dependente(s) ao seguro saúde, pelo que assina a presente Declaração.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Proponente Titular**

**Nome completo:**Clique aqui para digitar texto.

**Identidade:**Clique aqui para digitar texto.

**CPF/MF:**Clique aqui para digitar texto.

**Proposta nº**Clique aqui para digitar texto.

**Nome Completo da Entidade:**Clique aqui para digitar texto.