CONDIÇÕES GERAIS

EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL – CONTRATAÇÃO ESPECIALISTA (CORRETOR)

Processo SUSEP: 15414.604991/2023-12

v. novembro/2026

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL – CONTRATAÇÃO ESPECIALISTA (CORRETOR) **8**
CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES **8**
CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO **8**
CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES **8**
CLÁUSULA 4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO **12**
CLÁUSULA 5 – COBERTURAS **12**
CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS **13**
CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO **14**
CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO **15**
CLÁUSULA 9 – INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO **16**
CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DO PRÊMIO **17**
CLÁUSULA 11 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA **17**
CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS **18**
CLÁUSULA 13 – CAPITAL SEGURADO **19**
CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS **19**
CLÁUSULA 15 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE **20**
CLÁUSULA 16 – PRAZO DE CARÊNCIA **20**
CLÁUSULA 17 – FRANQUIA **20**
CLÁUSULA 18 – INDENIZAÇÃO **20**
CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS **20**
CLÁUSULA 20 – JUNTA MÉDICA **23**
CLÁUSULA 21 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO **23**
CLÁUSULA 22 - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO **24**
CLÁUSULA 23 - PRESCRIÇÃO **26**
CLÁUSULA 24 – FORO **26**
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M) **27**
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 27
CLÁUSULA–2 - RISCOS EXCLUÍDOS 27
CLÁUSULA–3 - CAPITAL SEGURADO 27
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 27
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 27
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 28
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 28
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 30
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MAC) **31**
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 31
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 31
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 31
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 31

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 32
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 32
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 32
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 33
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE MAJORADA (IPTA MAJORADA) 34
CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS 34
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 36
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 36
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 36
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 36
CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 36
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO 38
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE MAJORADA ESTENDIDA (IPTA MAJORADA ESTENDIDA) 39
CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS 39
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 40
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 40
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 40
CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 40
CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 41
CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO 42
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL (IPT) 43
CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS 43
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 44
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 45
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 45
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 45
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 46
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 47
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 48
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 10 (DG10) 49
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 49
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 51
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 53
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 54
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 54
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 54
CLÁUSULA 7 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 55
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 57
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 13 (DG13) 59

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 59
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 63
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 65
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 66
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 67
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 67
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 68
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 71
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 30 (DG30) 72
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 72
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 79
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 82
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 84
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 84
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 84
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 85
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 89
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH) 90
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 90
CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS 90
CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO 91
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 92
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA 92
CLÁUSULA 6 – PRAZO DE CARÊNCIA 92
CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 93
CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 93
CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO 94
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT) 95
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 95
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 96
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 97
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 98
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA 98
CLÁUSULA 6 – PRAZO DE CARÊNCIA 98
CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 99
CLÁUSULA 8 – PERÍCIA 99
CLÁUSULA 9 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 100
CLÁUSULA 10 – RATIFICAÇÃO 101
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA SEM

RETROATIVO (RIT-SR) **102**
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 102
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 103
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 104
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 105
CLÁUSULA 5 – FRANQUIA 105
CLÁUSULA 6 – PRAZO DE CARÊNCIA 105
CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 106
CLÁUSULA 8 – PERÍCIA 106
CLÁUSULA 9 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 107
CLÁUSULA 10 – RATIFICAÇÃO 108
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CIRURGIAS (C) **109**
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 109
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 109
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 110
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 111
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 111
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 111
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 112
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 113
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CIRURGIAS 2.0 (C2.0) **114**
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 114
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 114
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 115
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 116
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 116
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 116
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 117
CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO 118
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RUPTURAS E FRATURAS (REF) **119**
CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES 119
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS 120
CLÁUSULA 3 - RISCOS EXCLUÍDOS 122
CLÁUSULA 4 - CAPITAL SEGURADO 123
CLÁUSULA 5 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 124
CLÁUSULA 6 – PROPORCIONALIDADE DE INDENIZAÇÃO 124
CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 125
CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 125
CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO 127
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL (AFI) **128**
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 128

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 130
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 130
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 130
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 130
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 131
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 131
CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 132
CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO 133
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL + PAIS (AFIP) 134
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 134
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 136
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 136
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 136
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 136
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 137
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 137
CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 139
CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO 139
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF) 140
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 140
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 142
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 142
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 142
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 143
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 143
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 144
CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 145
CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO 145
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR + PAIS E SOGROS (AFF-PS) 146
CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS 146
CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS 148
CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO 148
CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA 148
CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA 149
CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE 149
CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 150
CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES 152
CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO 152
ANEXO I 153

1. LISTA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS ORDENADOS PELO CÓDIGO TUSS 153

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL – CONTRATAÇÃO ESPECIALISTA (CORRETOR)

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. Estas são as Condições Gerais do Plano **EXCELSIOR AZOS – PESSOAS INDIVIDUAL – CONTRATAÇÃO ESPECIALISTA (CORRETOR)**, nome fantasia, do Ramo Principal 1391 - Vida; este Plano é regido pelas disposições contidas nestas Condições.

1.2. Este plano destina-se à cobertura de segurados individuais.

1.3. A aceitação da proposta de seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

1.4. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

1.5. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.6. Todos os valores constantes dos documentos relativos a este plano de seguro serão expressos em moeda corrente nacional.

1.7. Este plano está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não permite a concessão de resgate, saldamento ou devolução e de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período da Cobertura.

1.8. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

CLÁUSULA 2 – OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou ao Beneficiário pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais Segurados contratados, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 3 - DEFINIÇÕES

3.1. **ACIDENTE PESSOAL** – evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que, inclui-se nesse conceito o suicídio voluntário, ou a sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência, contados do início de vigência individual do seguro, observada a legislação em vigor.

3.1.1. Excluem-se do conceito de acidente pessoal:

a) quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária;
b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência social ou assemelhadas e que não se enquadrem integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 3.1 desta Cláusula.

3.2. APÓLICE – Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual).

3.3. AVISO DE SINISTRO – Obrigação do Segurado ou do Beneficiário, visando acautelar seus interesses, de comunicar a ocorrência de sinistro garantido pela apólice, à Seguradora, para que esta inicie seu processo de regulação.

3.4. ATO ILÍCITO – Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

3.5. BENEFICIÁRIO – Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.6. CAPITAL SEGURADO – Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

3.7. CARÊNCIA – Período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3.8. CIRURGIA - Procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar.

3.9. COBERTURA - Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado, de acordo com as condições da Apólice.

3.10. COMORIÊNCIA - É a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas, do segurado e Beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

3.11. CONDIÇÕES CONTRATUAIS – Conjunto de disposições que regem a contratação de um

mesmo plano de seguro.

3.12. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** - É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

3.13. **CONDIÇÕES GERAIS** – Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

3.14. **DATA DE EXIGIBILIDADE** – Data a partir da qual incide atualização de valores a serem pagos como indenização, reembolso de despesas cobertas e recebimento ou devolução de prêmios, conforme previsto nestas condições.

3.15. **DESPESAS DE CONTRATAÇÃO** – São despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

3.16. **DOCUMENTOS CONTRATUAIS**– A Proposta, as Condições Gerais, o Questionário de Avaliação de Risco, a Apólice e o Endosso.

3.17. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES** – são as doenças ou lesões, ou qualquer condição de saúde ou doença, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente anteriormente à contratação do seguro e não declaradas no Questionário de Avaliação de Risco. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo. São Riscos Excluídos de todas as Coberturas deste seguro.

3.18. **DOWNLOAD** – Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário.

3.19. **EMOLUMENTOS** - Conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

3.20. **ENDOSSO** – Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

3.21. **FRANQUIA** - Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

3.22. **HOSPITAL** - é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

3.23. **HOSPITALIZAÇÃO OU INTERNAÇÃO HOSPITALAR** - é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que

não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

3.24. **INDENIZAÇÃO** – Valor a ser pago pela Seguradora no caso de ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

3.25. **INÍCIO DE VIGÊNCIA** - Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

3.26. **INTERESSE LEGÍTIMO** - Vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

3.27. **JURO DE MORA** – Encargo financeiro por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores monetários.

3.28. **LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** – Ato final do processo de regulação do sinistro que consiste no pagamento ou não pagamento de indenização ao Beneficiário.

3.29. **MÉDICO ASSISTENTE** - Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3.30. **PRÊMIO** – é o valor pago à Seguradora, nos termos previamente ajustados, como contraprestação ao custeio da(s) cobertura(s) contratada(s) e constantes da Apólice de Seguro.

3.31. **PRÊMIO LÍQUIDO** – Valor do Prêmio sem os emolumentos.

3.32. **PRESCRIÇÃO** – Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

3.33. **PROPONENTE** - Interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) para si.

3.34. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO** – Documento preenchido pelo proponente contendo a sua declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio da qual o mesmo expressa a intenção de contratar o seguro e as coberturas escolhidas, manifestando pleno conhecimento das disposições contratuais que regem este seguro. Integra a Proposta de Contratação o Questionário de Avaliação de Risco, por meio do qual o proponente deve prestar à Seguradora as informações sobre seu estado de saúde de seu conhecimento, hábitos de vida e profissão, de forma verdadeira e completa, sob pena de, em caso de inexatidão ou omissão, perder o direito à garantia.

3.35. "**PRO RATA TEMPORIS**" – Cálculo cujo resultado é proporcional ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato.

3.36. **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO** - Documento que reúne informações necessárias à aceitação do seguro e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, por meio do qual o proponente ou Segurado presta informações completas e verdadeiras sobre as suas condições de

saúde na data de contratação do seguro, bem como sobre o interesse e o risco a serem garantidos. Ele faz parte integrante da Proposta de Contratação e é elaborado pela Seguradora.

3.37. REGULAÇÃO DE SINISTRO – Procedimento técnico-administrativo promovido pela Seguradora que se inicia com o aviso de sinistro e que tem o objetivo de constatar o evento reclamado, apurar a cobertura em relação à apólice contratada, avaliar a extensão do prejuízo decorrente e que se conclui com a definição acerca do pagamento ou não da indenização.

3.38. RISCO EXCLUÍDOS – São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais da(s) Cobertura(s) contratadas, que não serão cobertos por este seguro.

3.39. RISCOS TECNICAMENTE IMPOSSÍVEIS DE GARANTIA - Considera-se riscos tecnicamente impossíveis de garantia: (i) riscos novos que não são da mesma natureza do interesse segurável deste seguro e/ou são de ramos não operados pela seguradora ou, ainda que operados, não habitualmente negociados pela seguradora, (ii) riscos novos para os quais a seguradora não esteja apta a obter, em condições técnicas e comerciais satisfatórias, resseguro e/ou cosseguro e (iii) riscos novos cujo impacto atuarial altere substancialmente as reservas matemáticas referente a apólice.

3.40. SEGURADO – Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro

3.41. SEGURADORA – Companhia Excelsior de Seguros, Seguradora autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil.

3.42. SINISTRO – Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

3.43. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

3.44. VIGÊNCIA – Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual, é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

CLÁUSULA 4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. As disposições deste seguro aplicam-se aos sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre. **Exceto para as coberturas de Cirurgias e Cirurgias 2.0, que as coberturas serão somente para procedimentos realizados em território brasileiro.**

4.2. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

CLÁUSULA 5 – COBERTURAS

5.1. As coberturas a seguir listadas são passíveis de contratação, respeitando-se as conjugações de planos disponibilizadas pela Seguradora. As respectivas definições, riscos excluídos e demais características estão previstas nas Condições Especiais de cada cobertura:

a) Morte (M)
b) Morte Acidental (MAC)
c) Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA Majorada)
d) Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida (IPTA Majorada Estendida)
e) Invalidez Permanente Total (IPT)
f) Doenças Graves 10 (DG10)
g) Doenças Graves 13 (DG13)
h) Doenças Graves 30 (DG30)
i) Diária de Internação Hospitalar (DIH)
j) Renda por Incapacidade Temporária (RIT)
k) Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo (RIT-SR)
l) Cirurgias (C)
m) Cirurgias 2.0 (c2.0)
n) Rupturas e Fraturas (REF)
o) Assistência Funeral Individual (AFI)
p) Assistência Funeral Individual + Pais (AFIP)
q) Assistência Funeral Familiar (AFF)
r) Assistência Funeral Familiar + Pais e Sogros (AFF-PS)

5.2. As coberturas do seguro são aquelas discriminadas na Proposta de Contratação e, quando contratadas, estarão expressas e ratificadas na Apólice.

5.3. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida (IPTA Majorada Estendida) só poderá ser contratada, no caso de contratação da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA Majorada).

5.4. As coberturas de Assistência Funeral Individual (AFI) e Assistência Funeral Familiar (AFF) só poderão ser contratadas, no caso da contratação de uma ou mais coberturas relacionadas dos itens (a) à (n) do item 5.1.

5.5. As demais coberturas, Morte (M), Morte Acidental (MAC), Invalidez Permanente total por Acidente Majorada (IPTA Majorada), Invalidez Permanente Total (IPT), Doenças Graves 10 (DG 10), Doenças Graves 13 (DG 13), Doenças Graves 30 (DG 30), Diária de Internação Hospitalar (DIH), Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo (RIT-SR), Cirurgias (C), Cirurgias 2.0 (C2.0) e Rupturas e Fraturas (REF), poderão ser contratadas de forma isolada.

CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estão expressamente excluídos de <u>todas as garantias e coberturas deste seguro</u> os eventos e sinistros ocorridos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

a) Doenças ou lesões pré-existentes à contratação do seguro omitidos voluntariamente pelo Segurado na Proposta de Contratação e/ou no Questionário de Avaliação de Risco.
b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
c) Suicídio voluntário ou sua tentativa, quando ocorrido nos dois primeiros anos de

vigência, contados do início de vigência individual do seguro.

d) Epidemias, Endemias e pandemias declaradas por órgão competente;

e) Ato reconhecidamente perigoso. Essa exclusão não é aplicada quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho ou for por ato de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar e prática de esporte.

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo quando o Sinistro for dolosamente provocado pelo Beneficiário e existirem outros Beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do Beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

h) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, ressalvados quando se tratar de Segurado militar e em exercício de suas funções e atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente; e

k) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

CLÁUSULA 7 – CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação ou alteração do seguro, bem como a renovação não automática, será feita mediante Proposta de Contratação assinada pelo proponente e entregue, sob protocolo, à Seguradora. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.2. As condições contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da proposta de contratação, seja por vias físicas, digitais ou instruções de acesso à rede, devendo o proponente declarar que tomou ciência das condições contratuais.

7.3. **A aceitação do proponente estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.**

7.4. **A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data de recepção da proposta, para aceitá-la ou não, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.**

7.5. **A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta poderá ocorrer apenas uma vez, desde que a Seguradora fundamente o pedido, hipótese em que o prazo de 25 (vinte e cinco) dias mencionado no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber**

os documentos.

7.6. A critério da Seguradora, poderá ser exigido o Questionário de Avaliação de Risco do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

7.7. A Seguradora comunicará ao proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice, dentro do prazo acima, substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela seguradora.

7.8. **A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta**

7.9. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:

I. data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
II. a data de emissão da apólice com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
III. a data de término do prazo previsto no item 7.4 acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta.

7.10. A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo proponente na proposta.

7.10.1. Quando a forma de pagamento escolhida for cartão de crédito, no ato da contratação da proposta será realizada uma pré-reserva do valor da primeira parcela do prêmio. Esse valor somente será debitado após a aceitação da proposta pela seguradora. A pré-reserva não caracteriza pagamento do seguro e, portanto, não há cobertura nesse período. O pagamento do prêmio será efetivado na data de aceitação da proposta, momento a partir do qual terá início a vigência da cobertura.

7.11. No caso de aceitação da proposta, a seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

7.12. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento do prêmio total ou parcial, a restituição do Prêmio efetivamente pago a título de cobertura provisória será realizada integralmente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta.

7.12.1. Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 7.12 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, serão atualizados com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o índice que vier a substituí-lo reconhecidamente pelos órgãos oficiais.

CLÁUSULA 8 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. O prazo de vigência do seguro será definido na apólice, podendo ser renovado nos termos da Legislação e desta Condição geral.

8.1.1. O início e final de vigência de cada cobertura será fixado na apólice, conforme critérios especificados nas respectivas condições especiais.

8.1.2. A vigência de cada cobertura poderá não coincidir com a vigência da apólice, devendo a cobertura iniciar e terminar dentro do prazo de vigência da respectiva apólice.

8.2. O seguro poderá ser cancelado de acordo com a CLÁUSULA 21 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.

8.3. Se contratadas, a vigência das coberturas de Doenças Graves 10, Doenças Graves 13, Doenças Graves 30, Invalidez Permanente Total e Rupturas e Fraturas terminarão na data do primeiro aniversário da apólice posterior ao segurado completar 75 anos de idade.

8.4. Se contratadas, a vigência das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar, Renda por Incapacidade Temporária, Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo (RIT-SR), Cirurgias e Cirurgias 2.0, terminarão na data do primeiro aniversário da apólice ao segurado completar 70 anos de idade.

8.5. A apólice, coberturas e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

8.6. A Seguradora emitirá e enviará a Apólice no início e a cada renovação do seguro. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

8.7. Este Seguro não será renovado automaticamente, sendo que a renovação demandará manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.

8.8. O pagamento do prêmio, ou a autorização de débito feita pelo Segurado, demonstram de forma clara a sua vontade de renovar o seguro — desde que a Seguradora tenha enviado previamente uma notificação informando sobre a possibilidade de renovação. Esse procedimento não caracteriza renovação automática da apólice.

8.9. Na renovação do seguro não haverá necessidade de nova avaliação das condições de saúde e atividade do proponente para permanência no seguro.

8.10. Qualquer alteração nas Condições Contratuais deste seguro será realizada por endosso à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado.

CLÁUSULA 9 – INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO

9.1. O seguro será nulo quando o Segurado ou a Seguradora souberem, no momento da formalização

da Proposta, que o risco é impossível ou já se realizou.

9.2. O contrato de seguro só é válido se houver Interesse Legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário.

9.3. O Proponente é obrigado a declarar, no momento da contratação, qualquer interesse alheio que lhes seja conhecido e que possa ser objeto do seguro, sob pena de perda do direito do Seguro, conforme disposto na legislação aplicável.

9.4. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente tenha conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, necessários à aceitação da proposta e fixação do Prêmio, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé.

9.5. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário à Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1. O pagamento dos prêmios é de responsabilidade do Segurado.

10.2. Os prêmios serão calculados com base nas taxas e critérios constantes da Proposta de Contratação, Apólice e Condições Especiais.

10.3. O pagamento do prêmio será efetuado conforme opção feita na Proposta de Contratação.

10.4. **Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora até a data acordada.**

10.5. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

10.6. **A falta de pagamento da primeira fatura do prêmio, implicará no cancelamento da apólice.**

10.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo, quando for o caso, haver o abatimento do prêmio na indenização.

CLÁUSULA 11 – PERÍODO DE TOLERÂNCIA

11.1. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, o Segurado será notificado por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) pendentes no prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias, avisando que o contrato será encerrado se o atraso não for regularizado.

11.2. As notificações referentes à mora e suas consequências serão realizadas por qualquer meio

idôneo, incluindo, mas não se limitando a aplicativos da seguradora, e-mail, aplicativos de mensagens eletrônicas e outros.

11.3. O Período de Tolerância é definido como o período de até 60 (sessenta) dias corridos e consecutivos, contados da data de vencimento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o segurado ainda terá direito às coberturas.

11.4. **Decorridos 60 (sessenta) dias contados da data de vencimento sem que o prêmio tenha sido quitado, a apólice será automaticamente e de pleno direito cancelada, mediante comunicado prévio, a partir do 61º dia de vencimento da fatura em atraso, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba qualquer restituição de prêmio anterior, ficando o Segurado obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos relativos ao período de cobertura.**

11.5. **A cobrança de parcelas vencidas após o cancelamento da apólice não implica obrigação da Seguradora de reativá-la.**

CLÁUSULA 12 – BENEFICIÁRIOS

12.1. Cabe exclusivamente ao Segurado, por manifestação expressa de vontade, a qualquer tempo, antes da ocorrência do Sinistro, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s).

12.2. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA - Majorada), Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida (IPTA – Majorada Estendida), Invalidez Permanente Total (IPT), Doenças Graves 10 (DG10), Doenças Graves 13 (DG13), Doenças Graves 30 (DG30), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo (RIT-SR), Cirurgias (C), Cirurgias 2.0 (C2.0) e Rupturas e Fraturas (REF), o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

12.3. No caso da cobertura de Assistência Funeral Individual (AFI), Assistência Funeral Individual + Pais (AFIP), Assistência Funeral Familiar (AFF) e Assistência Funeral Familiar + Pais e Sogros (AFF-PS) será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o Capital Segurado.

12.4. Para a cobertura de Morte (M) e Morte Acidental (MAC), os Beneficiários do seguro serão designados livremente pelo Segurado, ressalvadas as restrições legais, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

12.5. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado por ato entre vivos ou de última vontade, e recebida pela Seguradora antes do Sinistro.

12.6. Caso a Seguradora não tenha sido informada sobre a substituição do Beneficiário ocorrida por ato entre vivos ou declaração de última vontade do Segurado, estará desobrigada de qualquer responsabilidade ao realizar o pagamento ao Beneficiário anteriormente indicado.

12.7. Caso um ou mais Beneficiários venham a falecer antes do Segurado, o Capital Segurado será redistribuído entre os remanescentes em partes proporcionais, observando o percentual indicado de participação de cada um.

12.8. **Não pode ser instituído Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.**

12.9. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

12.10. **Na falta de indicação de Beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos demais herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.**

12.11. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

12.12. Em sendo os Beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 13 – CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na Apólice e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.

13.2. A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS

14.1. O valor do Capital Segurado e dos Prêmios do Seguro serão corrigidos anualmente com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), na hipótese de extinção do índice definido nesta cláusula, será adotado o índice que vier a substituí-lo reconhecidamente pelos órgãos oficiais.

14.2. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores definido nos itens anteriores, a Seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

14.3. Quando houver pagamento de prêmio anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

14.4. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva acumulada nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o 2º (segundo) mês anterior ao aniversário do seguro.

a) Exemplo:

Início de vigência: mês de Janeiro/2021

Mês de atualização monetária: mês de Janeiro/2022
IPCA acumulado (12 meses) do período de 01 de Novembro/2020 a 31 de Outubro/2021

CLÁUSULA 15 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR IDADE

15.1. O Prêmio mensal estipulado na data de início de vigência do seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito às alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado.

15.2. **O prêmio sofrerá acréscimo, anualmente, na data de aniversário da contratação, em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequentemente aumento de Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.**

15.3. A nova taxa será aplicada juntamente com a atualização do capital segurado.

15.4. Os percentuais de reajuste serão aplicados de acordo com o critério estabelecido nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 16 – PRAZO DE CARÊNCIA

16.1. **A existência de Prazo de Carência está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, durante o qual a Seguradora não será responsável pelo pagamento da Indenização da respectiva cobertura e pela ocorrência do sinistro.**

16.2. **O Prazo de Carência não será aplicável na renovação do Seguro.**

CLÁUSULA 17 – FRANQUIA

17.1. **A existência de franquia está estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.**

CLÁUSULA 18 – INDENIZAÇÃO

18.1. As indenizações deste seguro serão pagas no Brasil e em moeda nacional.

18.2. Uma vez devida a indenização, a Seguradora efetuará o pagamento, até o limite do Capital Segurado contratado, obedecendo às demais Condições Contratuais.

CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

19.1. Ocorrido o sinistro, cabe ao Segurado, ao seu Representante ou ao seu Beneficiário:

a) dar imediato aviso à Seguradora, por qualquer meio disponível, e comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar-lhe todas as circunstâncias relacionadas ao evento;

b) prestar assistência à Seguradora, sempre que esta queira adotar medidas tendentes à elucidação de circunstâncias ou fatos ligados ao sinistro; e

c) fornecer à Seguradora todos os elementos de que disponha sobre o Sinistro, que permitam identificar com clareza o fato ocorrido, os efeitos no segurado, bem como os documentos necessários à liquidação do sinistro, conforme descritos nas Condições Especiais das coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da indenização.

d) facilitar a atuação dos peritos e profissionais indicados pela SEGURADORA, de forma a permitir a apuração dos fatos relacionados ao sinistro reclamado ou fatos anteriores que tenham relevância para o sinistro.

19.2. As despesas incorridas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

19.3. Este seguro, por limitações legais constantes das regras que regem os seguros e planos de saúde e nos termos da Lei nº 15.040/2024, não cobre e, nos seus termos não serão indenizadas ou reembolsadas como despesas de contenção e salvamento, quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde, ainda que tenham o objetivo de evitar um sinistro iminente ou atenuar os efeitos de um sinistro coberto. Essas despesas, que incluem, mas não se limitam, a exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico, entre outros, são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

19.4. Em caso de reembolso de despesas com sinistros cobertos, efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Beneficiário, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos destas Condições Gerais, quando aplicável.

19.6. O processo de liquidação do Sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

19.7. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, prazo este contado da data de recebimento do aviso de sinistro totalmente preenchido, acompanhado da lista mínima de documentos associada à cobertura pleiteada e documentos e informações adicionais que contenham os elementos mínimos de aviso de sinistro listados nas Condições Gerais e Condições Especiais da Cobertura.

19.8. Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis/claros.

19.9. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

19.10. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas.

19.11. Os documentos elencados nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas são

um rol mínimo de documentos que possam conter os elementos necessários à regulação e à liquidação. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares que sejam necessários para a completa elucidação do sinistro.

19.12. Solicitados os documentos complementares, o prazo estabelecido no item 19.7 será suspenso, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

19.13. Nos sinistros cujo Capital Segurado ultrapasse 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, a suspensão poderá ocorrer por até 2 (duas) vezes. Abaixo de 500 (quinhentos) salários mínimos, a solicitação de documentos complementares somente poderá ocorrer por no máximo 1 (uma vez).

19.14. Independentemente dos documentos listados nas coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a comprovação ou não do evento.

19.15. Reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da Indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora se manifestou sobre a existência de Cobertura.

19.16. Exclusivamente para as coberturas de Renda por Incapacidade Temporária (RIT), Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo (RIT-SR), casos de indenização que ultrapassem 30 (trinta) dias, os pagamentos, a critério exclusivo da Seguradora, poderão ser efetuados periodicamente a cada 30 (trinta) dias, mediante apresentação pelo segurado à seguradora, de relatório médico com data atualizada pelo retorno e avaliação do Médico Assistente, que comprove a extensão de período de afastamento do segurado.

19.17. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 19.16 implicará na aplicação de correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, o índice que vier a substituí-lo, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo de REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.

19.18. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

19.19. Em caso de ocorrência das coberturas onde o Beneficiário é o próprio Segurado, e que não tenha havido tempo hábil para pagamento da Indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiários constante nestas Condições Gerais.

19.20. Caso ocorra sinistro durante o período de tolerância, as parcelas do prêmio não quitadas até a data da ocorrência do sinistro poderão ser descontadas do pagamento da indenização.

19.21. Nas hipóteses de recusa de cobertura, o interessado tem o direito de realizar, uma única vez, pedido de reconsideração para nova análise pela Seguradora, apresentando novos elementos, contidos em documentos ou informações.

19.21.1. Durante o período de reanálise pela Seguradora motivado pelo pedido de reconsideração pelo

interessado, não incidirão juros e correção monetária.

CLÁUSULA 20 – JUNTA MÉDICA

20.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

20.2. A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

20.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20.4. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

CLÁUSULA 21 - RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da CLÁUSULA 22 - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO, destas Condições Gerais.

O seguro será cancelado ainda:

a) A ocorrência da morte do segurado;
b) Quando o Segurado solicitar o cancelamento;
c) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;
d) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro;
e) Caso não seja efetuado o pagamento dos Prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da primeira inadimplência, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

21.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total Por Acidente Majorada se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente. No caso de a apólice conter apenas esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

21.3. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ou com o cancelamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada.

21.4. A cobertura de Invalidez Permanente Total se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

21.5. As coberturas de Doenças Graves 10, Doenças Graves 13 e Doenças Graves 30 se extinguem com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro. No caso de a apólice só conter uma destas coberturas, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

21.6. As coberturas de Diárias de Internação Hospitalar, Renda por Incapacidade Temporária e Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo se extinguem na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade. No caso de a apólice só conter uma destas coberturas, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

21.7. A cobertura de Cirurgias se extingue com o pagamento de 5 (cinco) sinistros ou de 100% do Capital Segurado, referente à utilização de um ou mais procedimentos cirúrgicos cobertos nas Condições Especiais, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade, o que ocorrer primeiro. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

21.8. A cobertura de Cirurgias 2.0 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado, referente à utilização de um ou mais procedimentos cirúrgicos cobertos nas Condições Especiais, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade, o que ocorrer primeiro. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

21.9. A cobertura de Rupturas e Fraturas se extingue na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade. No caso de a apólice só conter uma destas coberturas, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

CLÁUSULA 22 - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. Ocorrerá a perda de direito à indenização por este seguro se:

22.1.1. O Segurado agravar intencionalmente o risco;

22.1.2. O Segurado ou o Beneficiário provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição da alínea "c" da Cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS nessas Condições Gerais. Se o sinistro tiver sido dolosamente

provocado pelo Beneficiário, o capital segurado ou a reserva matemática será devido aos herdeiros do Segurado, na forma prevista nessas Condições Gerais , desde que estes não tenham sido definidos como o Beneficiário.

22.1.3. Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.

22.1.4. Deixar de avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo ou deixar de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

22.1.5. Cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro.

22.1.6. O Segurado ou seu representante fizer declarações falsas, inexatas ou omitir dolosamente circunstâncias na Proposta de Contratação ou Questionário de Avaliação de Risco, que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

22.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

22.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé. Consideram-se alterações de risco as seguintes ocorrências:

a) Mudança de profissão do Segurado;
b) Mudança de residência para outro país;
c) O hábito de fumar;
d) Costume de viajar em aeronaves pequenas (táxis aéreos, aeronaves particulares, helicópteros, etc).

22.3.1. Devido à estrutura técnica deste Seguro, a Seguradora não utilizará essa informação para alterar direitos e deveres ora previstos nas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro ou mesmo restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

22.3.1.1. Exclusivamente para as coberturas de Renda por Incapacidade Temporária (RIT) e Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo (RIT-SR), que em caso de mudança de profissão, dentro dos critérios de subscrição vigentes da Seguradora, as coberturas poderão ter alteração de preço, redução de capital segurado ou ser canceladas.

22.4. O pagamento da indenização será recusado se comprovado o nexo causal entre o agravamento relevante do risco e o fato gerador do Sinistro.

CLÁUSULA 23 - PRESCRIÇÃO

23.1. Decorridos os prazos determinados na legislação, opera-se a prescrição para este Plano. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e as partes envolvidas.

CLÁUSULA 24 – FORO

24.1. As questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário, e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, salvo se ajuizarem ação optando por qualquer domicílio da Seguradora ou agente dela.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, a morte do Segurado decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

CLÁUSULA–2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA–6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA–3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.

3.4. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Morte, o seguro estará automaticamente cancelado.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. **A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.**

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. Para os eventos decorrentes de morte natural, doença ou Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário, ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

5.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Morte, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,00%	0,00%
19	19,40%	25,00%
20	8,40%	17,90%
21	0,10%	10,50%
22	0,00%	6,60%
23	0,00%	2,70%
24	0,00%	0,00%
25	0,00%	0,00%
26	0,00%	1,90%
27	0,00%	3,30%
28	0,00%	5,10%
29	1,30%	5,20%
30	1,60%	5,60%
31	2,10%	5,40%
32	2,50%	5,90%
33	3,60%	7,00%
34	2,80%	7,30%
35	3,00%	7,50%
36	4,10%	6,10%
37	6,70%	6,40%
38	4,40%	6,60%
39	3,90%	8,00%
40	5,40%	9,10%
41	7,00%	10,60%
42	8,40%	9,80%
43	6,50%	9,10%
44	7,10%	7,90%
45	7,00%	8,10%

Idade	Homem	Mulher
46	7,90%	8,30%
47	8,40%	9,90%
48	10,00%	10,20%
49	8,40%	10,10%
50	11,80%	8,90%
51	11,30%	8,60%
52	11,50%	7,40%
53	10,80%	7,40%
54	7,80%	8,00%
55	9,90%	9,10%
56	8,40%	9,30%
57	9,50%	9,30%
58	7,20%	9,30%
59	10,40%	9,20%
60	9,00%	9,40%
61	9,20%	9,00%
62	7,10%	8,90%
63	8,40%	8,00%
64	8,90%	8,00%
65	7,80%	7,20%
66	7,70%	7,70%
67	6,40%	7,60%
68	8,70%	8,30%
69	7,40%	8,20%
70	9,40%	8,70%
71	10,40%	8,30%
72	11,90%	9,00%
73	12,00%	8,60%

Idade	Homem	Mulher
74	10,40%	11,20%
75	6,50%	10,90%
76	9,40%	11,50%
77	9,70%	9,80%
78	11,20%	11,20%
79	7,70%	11,30%
80	11,50%	12,10%
81	10,30%	12,60%
82	11,00%	13,20%
83	8,80%	12,70%
84	8,90%	11,70%
85	11,40%	12,50%
86	9,60%	12,20%
87	11,20%	11,40%
88	8,00%	10,10%
89	11,00%	10,90%
90	6,70%	11,40%
91	6,40%	10,80%
92	8,10%	11,50%
93	8,10%	12,40%
94	8,10%	10,60%
95	8,10%	11,20%
96	8,10%	11,30%
97	8,10%	10,50%
98	8,10%	9,60%
99	8,10%	9,80%
100	8,10%	7,90%

6.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e

elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado;
d) Comprovante de endereço nominal ao segurado/sinistrado que permita confirmar seu domicílio.
e) Cópia completa do prontuário médico hospitalar que deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

f) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 anos que demonstre histórico de atendimentos e procedimentos médicos;
g) Laudo de Necropsia, emitido pelo IML, que descreva a causa mortis e demais elementos técnico-periciais necessários à apuração das circunstâncias do óbito;
h) Laudos de exame toxicológico e alcoólico, emitidos pelo IML que permitam verificar a eventual presença de substâncias psicoativas ou álcool por ocasião do evento.
i) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com informações técnicas as datas de diagnósticos das doenças que causaram o óbito em caso de morte natural.
j) Autorização assinada pelo Beneficiário com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3. Somente em caso de acidente, além dos documentos acima, enviar a seguinte documentação mínima:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

7.4. Caso não haja indicação de Beneficiários na proposta de seguro:

a) Declaração de Únicos Herdeiros devidamente preenchida por cada um dos Beneficiários e duas testemunhas.

7.5. A relação de documentos mínimos para a liquidação de Sinistro são:

Para cônjuge ou companheira(o):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)
b) Certidão de Casamento atualizada com anotação de óbito;

c) 3 Provas de União Estável (caso o segurado não seja casado civilmente). Exemplos: declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta.)
d) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
e) Formulário de Autorização de Pagamento devidamente preenchida com dados bancários nominais ao cônjuge ou companheira;
f) Comprovante dos dados bancários informados onde demonstre titularidade da conta bancária do Beneficiário (extrato bancário ou cópia do cartão do banco)

Para os demais Beneficiários (exemplos: filhos, pais e irmãos):
a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)
b) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
c) Autorização de Pagamento devidamente preenchida com dados bancários nominais ao Beneficiário;
d) Comprovante dos dados bancários informados onde demonstre titularidade da conta bancária do Beneficiário (extrato bancário ou cópia do cartão do banco)

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MAC)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre a morte do Segurado decorrente de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Não será considerada Morte Acidental e, portanto, não estará coberta por esta cobertura, a morte por causa indeterminada ou desconhecida.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente.

3.4. A indenização de Morte Acidental se acumula com a cobertura de Morte, em caso de acidente, se contratada ambas as coberturas, isto é, caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto, os Beneficiários receberão a cobertura de Morte e Morte Acidental.

3.5. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Morte Acidental, o seguro estará automaticamente cancelado.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas

para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro,

5.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

5.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Morte Acidental (MAC).

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1 Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2 Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado;
d) Comprovante de endereço nominal ao segurado/sinistrado que permita confirmar seu domicílio.
e) Cópia completa do prontuário médico hospitalar que deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

f) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
h) Laudo de Necropsia, emitido pelo IML, que descreva a causa mortis e demais elementos

técnico-periciais necessários à apuração das circunstâncias do óbito;

i) Laudos de exame toxicológico e alcoólico, emitidos pelo IML que permitam verificar a eventual presença de substâncias psicoativas ou álcool por ocasião do evento.

j) Autorização assinada pelo Beneficiário/Representante com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3 Caso não haja indicação de Beneficiários na proposta de seguro:

a) Declaração de Únicos Herdeiros devidamente preenchida por cada um dos Beneficiários e duas testemunhas.

7.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos para cônjuge ou companheira(o):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)

b) Certidão de Casamento atualizada com anotação de óbito;

c) 3 Provas de União Estável (caso o segurado não seja casado civilmente). Exemplos: declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta.)

d) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);

e) Formulário de Autorização de Pagamento devidamente preenchida com dados bancários nominais ao cônjuge ou companheira;

f) Comprovante dos dados bancários informados onde demonstre titularidade da conta bancária do Beneficiário (extrato bancário ou cópia do cartão do banco)

Para os demais Beneficiários (exemplos: filhos, pais e irmãos):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos)

b) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);

c) Autorização de Pagamento devidamente preenchida com dados bancários nominais ao Beneficiário;

d) Comprovante dos dados bancários informados onde demonstre titularidade da conta bancária do Beneficiário (extrato bancário ou cópia do cartão do banco)

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1 Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE MAJORADA (IPTA MAJORADA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, **esta cobertura cobre a invalidez permanente total do Segurado decorrente de um dos eventos relacionados no item 1.3 desta Condição Especial**, em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. Eventos cobertos:

a) **Perda total da visão de um ou ambos os olhos:** Ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus, no(s) olho(s) comprometido(s). O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

b) **Perda total do uso de ambos os membros superiores:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois membros superiores como resultado de acidente. Bem como a amputação de ambos os membros superiores. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

c) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois membros inferiores como resultado de acidente. Bem como a amputação de ambos os membros inferiores. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

d) **Perda total do uso de uma ou ambas as mãos:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de duas ou uma das mãos como resultado de acidente. Bem como a amputação de uma das mãos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

e) **Amputação de um polegar no nível da articulação metacarpofalangeana ou perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de "pinça", de uma das mãos**

f) **Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de um membro superior e um membro inferior como resultado de acidente. Bem como a amputação de um membro superior e um membro inferior. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Perda total do uso de um ou ambos os pés:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou um dos pés como resultado de acidente. Bem como a amputação de um dos pés. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

h) **Alienação mental total e incurável:** Distúrbio mental ou neuromental, decorrente de acidente, em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo

o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

i) **Anquilose total de um dos cotovelos:** Perda total e irreversível da mobilidade de um dos cotovelos, decorrente de acidente, por um período de pelo menos 180 dias. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

j) **Anquilose total de um dos punhos:** Perda total e irreversível da mobilidade de um dos punhos, decorrente de acidente, por um período de pelo menos 180 dias. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

k) **Mudez incurável:** Perda total, permanente e irreversível da capacidade de falar como resultado de lesão física por acidente, por um período de pelo menos 180 dias.

l) **Surdez total incurável de ambos os ouvidos:** Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambas as orelhas, causadas por acidente. O diagnóstico deve ser feito por médico Otorrinolaringologista e evidenciado por exames auditivos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo aos limiares auditivos sensorioneurais maiores ou iguais a 90dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

1.4. Os critérios que definem a perda do movimento de oponência do polegar e função de "pinça" são:
- amputação do 1º dedo (polegar) no nível da articulação metacarpofalangeana de uma das mãos;
- amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos no nível da articulação metacarpofalangeana da mesma mão;
- amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, no nível da falange média ou proximal, da mesma mão;
- lesão traumática com perda total da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por eletroneuromiografia.

1.5. A perda da função de "pinça" também é caracterizada caso o segurado venha a sofrer um acidente que resulte em uma perda definitiva da sensibilidade, força muscular (para pinça fina – 1º dedo, polegar, e 2º dedo), comissura e mobilidade/dimensão (sendo esta composta pela avaliação de até 5 movimentos principais), a ser avaliada por médico especializado, por meio do preenchimento de formulário específico. A combinação dos resultados desses critérios deverá atingir uma pontuação mínima para qualificação do sinistro.

1.6. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto.

1.7. A indenização referente a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada, jamais ultrapassará 100% (cem por cento) do capital contrato, mesmo que se trate de lesões múltiplas.

1.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões descritas na CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura a Invalidez Permanente por Acidente, Total ou Parcial, se esta for decorrente de eventos não relacionados no item 1.3 desta Condição Especial.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente.

3.4. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada, se contratadas, a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida, não se acumulam.

3.5. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada, a cobertura será cancelada.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA Majorada).

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

6.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

6.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a

identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

6.3. Documentos mínimos do acidente:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

c) Laudos de exame toxicológico e alcoólico, emitidos pelo IML que permitam verificar a eventual presença de substâncias psicoativas ou álcool por ocasião do evento.

d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes

6.4. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a invalidez, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado

d) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico responsável pelo acompanhamento do Segurado, após a alta médica definitiva, com informações clínicas detalhadas e suficientes para avaliação da incapacidade e informando o percentual de perda funcional do membro atingido;

e) Relatório de fisioterapia, contendo o número total de sessões, registro de comparecimento, relatório de evolução em cada sessão e parecer final, devidamente assinado e carimbado pelo fisioterapeuta responsável, que permita aferir a evolução funcional e as limitações decorrentes do evento.

f) Laudo de Perícia Médica realizada por médico da seguradora, a ser agendada com o segurado quando necessária.

6.5. Em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, enviar a seguinte documentação mínima

a) Termo de interdição judicial do Segurado, devidamente emitido pelo juízo competente, que comprove a incapacidade civil e permita realizar o pagamento da indenização ao curador nomeado;

b) Cópia do RG e CPF ou da CNH do curador nomeado, contendo a numeração de ambos os documentos, que permita sua identificação;

6.6. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio;

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE MAJORADA ESTENDIDA (IPTA MAJORADA ESTENDIDA)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, **esta cobertura cobre a antecipação do pagamento da invalidez permanente total do Segurado decorrente de um dos eventos relacionados no item 1.5**, em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. **A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida (IPTA Majorada Estendida) só poderá ser contratada, no caso de contratação da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA Majorada).**

1.4. Em caso de cancelamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada (IPTA Majorada),a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida (IPTA Majorada Estendida) será cancelada automaticamente.

1.5. Eventos cobertos:

a) Perda total do uso de um dos indicadores
b) Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral
c) Imobilidade do segmento tóraco-lombro-sacro da coluna vertebral

1.6. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto.

1.7. A indenização referente a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida, jamais ultrapassará 100% (cem por cento) do capital contratado, mesmo que se trate de lesões múltiplas.

1.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões descritas na CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura a Invalidez Permanente por Acidente, Total ou Parcial, se esta for decorrente de eventos não relacionados no item 1.5 desta Condição Especial.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente.

3.4. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida (IPTAE), se contratada, a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada, não se acumulam.

3.5. **O Capital segurado desta cobertura será considerado uma antecipação do capital segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada, portanto, no caso do pagamento de uma eventual indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida, automaticamente, o capital da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada será reduzido no mesmo valor.**

3.6. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida, a cobertura será cancelada.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

5.1. O reajuste de taxa em função da mudança da idade não se aplica para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada Estendida (IPTA Majorada Estendida).

CLÁUSULA 6 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

6.1. Em complemento à CLÁUSULA 18 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

6.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio
d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

6.3. Documentos mínimos do acidente:
a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
c) Laudos de exame toxicológico e alcoólico, emitidos pelo IML que permitam verificar a eventual presença de substâncias psicoativas ou álcool por ocasião do evento.
d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes

6.4. Documentação Médica Mínima
a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a invalidez, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o

histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado

d) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico responsável pelo acompanhamento do Segurado, após a alta médica definitiva, com informações clínicas detalhadas e suficientes para avaliação da incapacidade e informando o percentual de perda funcional do membro atingido;

e) Relatório de fisioterapia, contendo o número total de sessões, registro de comparecimento, relatório de evolução em cada sessão e parecer final, devidamente assinado e carimbado pelo fisioterapeuta responsável, que permita aferir a evolução funcional e as limitações decorrentes do evento.

f) Laudo de Perícia Médica realizada por médico da seguradora, a ser agendada com o segurado quando necessária.

6.5. Em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, enviar a seguinte documentação mínima

a) Termo de interdição judicial do Segurado, devidamente emitido pelo juízo competente, que comprove a incapacidade civil e permita realizar o pagamento da indenização ao curador nomeado;

b) Cópia do RG e CPF ou da CNH do curador nomeado, contendo a numeração de ambos os documentos, que permita sua identificação;

6.6. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio;

CLÁUSULA 7 – RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL (IPT)

CLÁUSULA 1 - RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, **esta cobertura cobre a invalidez permanente total do Segurado decorrente de um dos eventos relacionados no item 1.4**, em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por doença ou acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. A cobertura de Invalidez Permanente Total se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro.

1.4. Eventos cobertos:

a) **Perda total da visão de um ou ambos os olhos:** Ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus, no(s) olho(s) comprometido(s). O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

b) **Perda total do uso de ambos os membros superiores:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois membros superiores como resultado de acidente ou doença. Bem como a amputação de ambos os membros superiores. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

c) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois membros inferiores como resultado de acidente ou doença. Bem como a amputação de ambos os membros inferiores. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

d) **Perda total do uso de uma ou ambas as mãos:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de duas ou uma das mãos como resultado de acidente ou doença. Bem como a amputação de uma das mãos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

e) **Amputação de um polegar no nível da articulação metacarpofalangeana ou perda total do movimento de oposição do polegar com comprometimento da função de "pinça", de uma das mãos**

f) **Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de um membro superior e um membro inferior como resultado de acidente ou doença. Bem como a amputação de um membro superior e um membro inferior. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Perda total do uso de um ou ambos os pés:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou um dos pés como resultado de acidente ou

doença. Bem como a amputação de um dos pés. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

h) **Anquilose total de um dos cotovelos:** Perda total e irreversível da mobilidade de um dos cotovelos, decorrente de acidente ou doença, por um período de pelo menos 180 dias. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

i) **Anquilose total de um dos punhos:** Perda total e irreversível da mobilidade de um dos punhos, decorrente de acidente ou doença, por um período de pelo menos 180 dias. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

j) **Mudez incurável:** Perda total, permanente e irreversível da capacidade de falar como resultado de lesão física ou doença, por um período de pelo menos 180 dias.

k) **Surdez total incurável de ambos os ouvidos:** Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambas as orelhas, causadas por acidente ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico Otorrinolaringologista e evidenciado por exames auditivos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo aos limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

1.5. Os critérios que definem a perda do movimento de oponência do polegar e função de "pinça" são:

- amputação do 1º dedo (polegar) no nível da articulação metacar-pofalangeana de uma das mãos;
- amputação do 2º, 3º, 4º e 5º dedos no nível da articulação meta-carpofalangeana da mesma mão;
- amputação da falange distal do 1º dedo (polegar) simultaneamente com a amputação do 2º e 3º dedos, no nível da falange média ou proximal, da mesma mão;
- lesão traumática com perda total da função do nervo mediano de um dos membros superiores, necessariamente demonstrada por eletroneuromiografia.

1.6. A perda da função de "pinça" também é caracterizada caso o segurado venha a sofrer um acidente que resulte em uma perda definitiva da sensibilidade, força muscular (para pinça fina – 1º dedo, polegar, e 2º dedo), comissura e mobilidade/dimensão (sendo esta composta pela avaliação de até 5 movimentos principais), a ser avaliada por médico especializado, por meio do preenchimento de formulário específico. A combinação dos resultados desses critérios deverá atingir uma pontuação mínima para qualificação do sinistro.

1.7. O pagamento será realizado após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva em virtude de lesão física causada por doença ou acidente pessoal coberto.

1.8. A indenização referente a cobertura de Invalidez Permanente Total, jamais ultrapassará 100% (cem por cento) do capital contratado, mesmo que se trate de eventos múltiplos.

1.9. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões descritas na CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura a Invalidez Permanente, Total ou Parcial, se esta for decorrente de eventos não relacionados no item 1.4 desta Condição Especial.

2.2. Eventos ocorridos em consequência de doenças preexistentes à contratação de seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

2.3. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória; Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré; A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

2.4. Eventos ocorridos decorrente do uso crônico de medicamentos.

2.5. Eventos que podem ser corrigidos mediante tratamento médico de qualquer tipo.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Para eventos decorrentes de acidente, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente.

3.4. Para eventos decorrentes de doença, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data em que for constatada e formalmente atestada, por médico especialista, o evento coberto decorrente de doença, conforme definido nas Condições Gerais, com base em exames e documentação médica conclusiva.

3.5. Com o recebimento da indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total, a cobertura será cancelada.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.3. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.4. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 A cobertura de Invalidez Permanente Total ficará sujeita ao período de carência de 60 (sessenta) dias para os eventos decorrentes de doença.

5.2 **Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais cobertos.**

5.3 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.4 **O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso o evento coberto ocorra durante o período de carência**.

5.5 Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.6 O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Invalidez Permanente Total, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%
24	0,3%	0,3%
25	0,6%	0,6%
26	0,9%	0,9%
27	1,7%	1,7%
28	1,9%	1,9%
29	3,0%	3,0%
30	3,2%	3,2%
31	3,8%	3,8%
32	4,4%	4,4%
33	5,0%	5,0%
34	5,6%	5,6%
35	6,2%	6,2%
36	6,4%	6,4%
37	6,6%	6,6%
38	7,2%	7,2%
39	7,2%	7,2%
40	7,2%	7,2%
41	7,0%	7,0%
42	7,0%	7,0%
43	6,9%	6,9%
44	6,7%	6,7%
45	6,4%	6,4%
46	5,9%	5,9%

Idade	Homem	Mulher
47	5,6%	5,6%
48	5,4%	5,4%
49	6,9%	6,9%
50	4,7%	4,7%
51	4,4%	4,4%
52	4,1%	4,1%
53	4,0%	4,0%
54	3,8%	3,8%
55	3,7%	3,7%
56	3,7%	3,7%
57	3,7%	3,7%
58	4,0%	4,0%
59	5,7%	5,7%
60	4,8%	4,8%
61	5,6%	5,6%
62	6,3%	6,3%
63	7,4%	7,4%
64	9,2%	9,2%
65	9,0%	9,0%
66	9,7%	9,7%
67	10,1%	10,1%
68	10,3%	10,3%
69	10,3%	10,3%
70	9,9%	9,9%
71	9,5%	9,5%
72	9,0%	9,0%
73	8,4%	8,4%
74	7,8%	7,8%

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3. Documentação Médica Mínima em Caso de Acidente

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a invalidez, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado

d) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico responsável pelo acompanhamento do Segurado, após a alta médica definitiva, com informações clínicas detalhadas e suficientes para avaliação da incapacidade e informando o percentual de perda funcional do membro atingido;

e) Relatório de fisioterapia, contendo o número total de sessões, registro de comparecimento, relatório de evolução em cada sessão e parecer final, devidamente assinado e carimbado pelo fisioterapeuta responsável, que permita aferir a evolução funcional e as limitações decorrentes do evento.

f) Laudo de Perícia Médica realizado por médico da seguradora, a ser agendada com o segurado quando necessária.

7.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
c) Laudos de exame toxicológico e alcoólico, emitidos pelo IML que permitam verificar a eventual presença de substâncias psicoativas ou álcool por ocasião do evento.
d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes

7.5. Documentação Médica Mínima em Caso de Doença

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a invalidez, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado
d) Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com suas datas, tratamentos realizados, prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva
e) Laudo de Perícia Médica realizado por médico da seguradora, a ser agendada com o segurado quando necessária.

7.6. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização
b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário
c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio;

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 10 (DG10)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, o diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas abaixo, ocorridos durante a vigência do risco individual**, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. **A cobertura de Doenças Graves 10 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro.**

1.4. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas "Doenças Graves", exclusivamente os eventos abaixo:

a) **Câncer**: doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
Essa patologia será classificada em 3 (três) níveis:

I. Câncer Leve:

- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estádios primários (abaixo de Bo pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

II. Câncer Moderado

- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | No | Mo;
- Estádio I da doença

III. Câncer Grave

- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | Mo;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estádio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia;

b) **Acidente Vascular Cerebral Agudo**: doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

c) **Infarto Agudo do Miocárdio**: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- história de dores torácicas típicas;
- alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
- elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

d) **Doença de Alzheimer**: Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

e) **Perda da Visão**: Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

f) **Paralisia de Membros**: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Parkinson**: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não

voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

h) **Esclerose Múltipla:** Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

i) **Osteomielite:** Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

j) **Embolia Pulmonar:** É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Câncer:
I. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
II. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
III. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
IV. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.

b) Acidente Vascular Cerebral Agudo:
I. Ataques isquêmicos transitórios (AIT) e quaisquer déficits neurológicos de caráter temporário, que não resultem em dano neurológico permanente;
II. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
III. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
IV. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
V. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:
I. Angina do peito incluindo angina estável e instável;
II. Angina decúbito;
III. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";

IV. Outras síndromes coronarianas agudas.

d) Doença de Alzheimer:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

e) Perda da Visão:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;**
- **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

f) Paralisia de Membros:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;**
- **Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- **A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

g) Parkinson:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante à Doença ou Mal de Parkinson;**
- **Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo**

h) Esclerose Múltipla:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).**

i) Osteomielite:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Osteomielite diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

j) Embolia Pulmonar:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Embolia Pulmonar diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

3.4 Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

Risco Coberto		% de Indenização
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Doença de Alzheimer		100%
Embolia Pulmonar		100%
Esclerose Múltipla		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		100%
Osteomielite		100%
Paralisia de Membros		100%
Parkinson		100%
Perda da Visão		100%

3.5 O capital segurado não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado, adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

3.6 O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

3.7 No caso de dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder 100%.

3.8 Em caso de diagnóstico de doença grave seguida de Morte do segurado sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da Indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiários constante nas Condições Gerais.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 A cobertura de Doenças Graves ficará sujeita ao período de carência de 60 (sessenta) dias.

5.2 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.3 O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ocorra durante o período de carência.

5.4 Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.5 O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Doenças Graves, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	12,5%
26	5,2%	4,8%
27	6,9%	6,0%
28	2,6%	10,0%
29	8,2%	9,1%
30	2,3%	1,1%
31	2,3%	4,9%
32	5,1%	2,5%
33	2,7%	4,5%
34	6,2%	6,7%
35	1,0%	6,3%
36	15,5%	11,8%
37	14,3%	10,5%
38	6,3%	9,5%
39	11,8%	8,7%
40	2,0%	12,0%
41	9,5%	7,1%
42	8,7%	6,7%
43	4,0%	6,3%
44	7,7%	5,9%
45	7,1%	8,3%
46	20,0%	5,1%

Idade	Homem	Mulher
47	19,4%	4,9%
48	14,0%	7,0%
49	14,3%	4,3%
50	2,2%	38,1%
51	5,4%	3,9%
52	3,6%	5,7%
53	9,3%	3,6%
54	7,3%	3,4%
55	8,0%	5,0%
56	14,7%	4,8%
57	12,8%	6,1%
58	11,4%	5,7%
59	10,2%	4,1%
60	9,3%	5,2%
61	8,5%	4,9%
62	7,8%	3,5%
63	7,3%	4,5%
64	6,8%	4,3%
65	6,3%	3,1%
66	3,4%	4,0%
67	9,9%	3,9%
68	9,7%	3,7%
69	9,6%	3,6%
70	6,1%	2,2%
71	6,9%	3,0%
72	6,7%	3,0%
73	6,6%	2,9%
74	6,5%	2,8%

CLÁUSULA 7 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado

diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença, inicio de investigação clinica, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado

7.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

Haverá necessidade de documentação específica mínima, exclusivamente para as doenças listadas abaixo:

I. Câncer:
a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II. Acidente Vascular Cerebral:
a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente;
b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

III. Infarto Agudo do Miocárdio:
a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;
b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;
c) laudo de cateterismos cardíaco; e
d) eletrocardiogramas recentes.

IV. Doença de Alzheimer:

a) laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

V. Perda da Visão:

a) laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do(a) segurado(a) com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

VI. Paralisia de Membros:

a) laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

VII. Doença de Parkinson:

a) laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e

b) cópia do laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

VIII. Esclerose Múltipla:

a) laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e

b) cópia do laudo da Ressonância magnética do cérebro.

IX. Osteomielite:

a) cópias dos exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;

b) biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

X. Embolia Pulmonar:

a) laudo completo da Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Básica, devidamente emitido pelo profissional ou serviço responsável, contendo os resultados, a interpretação médica e demais informações técnicas pertinentes, para avaliação da mecânica respiratória

7.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização.

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do beneficiário;

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 13 (DG13)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, o diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas abaixo, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. **A cobertura de Doenças Graves 13 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro, o que ocorrer primeiro.**

1.4. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas "Doenças Graves", exclusivamente os eventos abaixo:

a) **Câncer**: doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin. Essa patologia será classificada em 3 (três) níveis:

I. Câncer Leve:

- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estádios primários (abaixo de Bo pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

II. Câncer Moderado

- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | No | Mo;
- Estádio I da doença

III. Câncer Grave

- T_4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N_1 | M_0;
- T qualquer | N qualquer | M_1;
- A partir do estádio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia;

b) **Acidente Vascular Cerebral - AVC:** todo evento neurológico súbito, de origem vascular, que resulte em dano cerebral isquêmico ou hemorrágico. O diagnóstico deverá ser confirmado por médico especialista e estar respaldado por ressonância magnética ou tomografia computadorizada do cérebro. Essa patologia será classificada em 2 (dois) níveis:

I. **Acidente Vascular Cerebral - AVC Leve:** evento que atenda a todos os critérios a seguir:

- Evento neurológico súbito de origem vascular, com déficit neurológico focal devidamente documentado;
- Lesão cerebral aguda isquêmica ou hemorrágica evidenciada por ressonância magnética ou tomografia computadorizada, inferior a 1,5 cm, ou infarto lacunar único;
- Ausência de incapacidade funcional significativa ou permanente;
- Manifestações clínicas: Déficit neurológico focal de início súbito, resolvidas em até 7 dias, ou persistentes por mais de 24 horas, desde que, na alta hospitalar, sejam documentados: NIHSS ≤ 3, e mRS ≤ 1.

II. **Acidente Vascular Cerebral - AVC Grave:** evento caracterizado por:

- Hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente, incluindo, mas não se limitando a distúrbios da fala, perda de funções motoras, limitação das atividades da vida diária ou paralisia;
- Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

c) **Infarto Agudo do Miocárdio**: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista com base em critérios clínicos, eletrocardiográficos e bioquímicos. Essa patologia será classificada em 2 (dois) níveis:

I. **Infarto Agudo do Miocárdio Leve:** evento que atenda a todos os critérios a seguir:

- Biomarcadores: elevação de troponina acima do percentil 99 do limite superior de referência, com variação (delta) compatível com injúria miocárdica aguda, sem exceder três vezes o referido limite;
- Evidência de isquemia, demonstrada por pelo menos um dos seguintes achados:

- Dor torácica ou equivalente isquêmico de início súbito;
- Alterações transitórias do segmento ST ou da onda T no ECG, sem formação de onda Q patológica;
- Angiografia coronariana evidenciando estenose ≤ 50% em vaso principal, sem oclusão total;

– Função ventricular preservada, documentada por ecocardiograma ou ressonância magnética cardíaca, com fração de ejeção ≥ 50% e ausência de áreas fixas de hipocinesia significativa.

II. Infarto Agudo do Miocárdio Grave: evento que atenda a todos os critérios a seguir:

– História clínica de dores torácicas típicas;

– Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG incluindo depressão do segmento ST e/ou presença de ondas T ou Q patológicas;

– Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

d) **Doença de Alzheimer**: Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

e) **Perda da Visão**: Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

f) **Paralisia de Membros**: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Parkinson**: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

h) Esclerose Múltipla: Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído

cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

i) **Osteomielite:** Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

j) **Embolia Pulmonar:** É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos

k) **Coma por Traumatismo Craniano:** Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

- Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
- Requer o uso de equipamentos médicos de suporte à vida.
- Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.
- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

l) **Doença do Neurônio Motor:** Doenças do neurônio motor caracterizado pela degeneração progressiva das vias corticoespinhais e células do corno anterior ou neurônios eficazes bulbares que incluem atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária.

- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e dar por resultado um déficit neurológico permanente durante um período contínuo de pelo menos 3 meses.

m) **Hepatite Aguda Fulminante:** Necrose massiva ou submassiva (morte do tecido hepático) causada por vírus da hepatite, confirmada por um hepatologista ou gastroenterologista e evidenciada pelos seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
- Diminuição rápida do tamanho do fígado confirmada por USG abdominal;
- Piora rápida dos testes de função hepática;
- Icterícia acentuada;
- Desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- Aumento dos níveis de bilirrubina;
- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5;
- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Câncer:

I. **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
II. **Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;**
III. **Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;**
IV. **Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.**

b) Acidente Vascular Cerebral:

Para Acidente Vascular Cerebral Estágio Leve:

I. **Ataque Isquêmico Transitório (AIT) sem lesão cerebral em exame de imagem, caracterizado por sintomas neurológicos transitórios com ressonância magnética normal;**
II. **Eventos neurológicos de origem não vascular, como doenças desmielinizantes ou encefalopatia hipertensiva;**
III. **Eventos iatrogênicos pós procedimentos médicos, cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos.**

Para Acidente Vascular Cerebral Estágio Grave:

I. **Ataques isquêmicos transitórios (AIT) e quaisquer déficits neurológicos de caráter temporário, que não resultem em dano neurológico permanente;**
II. **Hemorragia cerebral causada por acidentes;**
III. **Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;**
IV. **Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico, ainda que resulte em déficit neurológico ou visual;**
V. **Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas, incluindo enxaqueca com aura.**

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

Para Infarto Agudo do Miocárdio Estágio Leve:

I. **Injúria miocárdica secundária, incluindo, mas não se limitando a elevação de troponina decorrente de sepse, taquiarritmias, insuficiência renal, embolia pulmonar ou outras condições sistêmicas não primariamente isquêmicas;**
II. **Miocardite ou quaisquer outras causas não isquêmicas de lesão do músculo cardíaco.**

Para Infarto Agudo do Miocárdio Estágio Grave:

I. **Angina do peito incluindo angina estável e instável;**
II. **Angina decúbito;**
III. **Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";**
IV. **Outras síndromes coronarianas agudas que não atendam integralmente aos critérios clínicos, eletrocardiográficos e bioquímicos definidos para Infarto Agudo do Miocárdio em Estágio II.**

d) Doença de Alzheimer:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

e) Perda da Visão:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;**
- **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

f) Paralisia de Membros:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;**
- **Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- **A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

g) Parkinson:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;**
- **Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo**

h) Esclerose Múltipla:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).**

i) Osteomielite:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Osteomielite diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

j) Embolia Pulmonar:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Embolia Pulmonar diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

k) Coma por Traumatismo Craniano:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Coma como resultado direto de ferimentos auto infligidos, uso de álcool e/ou drogas;**
- **Coma medicamente induzido;**
- **Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto;**
- **Diagnóstico de morte cerebral.**

l) Hepatite Aguda Fulminante:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).;**
- **Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame complementar específico.

3.4 Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

Risco Coberto		% de Indenização
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral	Leve	30%
	Grave	100%
Infarto Agudo do Miocárdio	Leve	30%
	Grave	100%
Coma por Traumatismo Craniano		100%
Doença de Alzheimer		100%
Doença do Neurônio Motor		100%
Embolia Pulmonar		100%
Esclerose Múltipla		100%
Hepatite Aguda Fulminante		100%
Osteomielite		100%
Paralisia de Membros		100%
Parkinson		100%
Perda da Visão		100%

3.5 O capital segurado não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado, adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

3.6 O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

3.7 No caso de dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder 100%.

3.8 Em caso de diagnóstico de doença grave seguida de Morte do segurado sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da Indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiários constante nas Condições Gerais.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.3. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.4. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 **A cobertura de Doenças Graves ficará sujeita ao período de carência de 60 (sessenta) dias.**

5.2 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.3 **O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso o diagnóstico da doença coberta ocorra durante o período de carência**.

5.4 Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.5 O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2 Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Doenças Graves, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	5,0%
26	4,5%	4,8%
27	0,0%	4,6%
28	4,3%	4,4%
29	6,6%	8,3%
30	6,2%	3,9%
31	5,9%	7,4%
32	5,5%	6,9%
33	5,3%	6,5%
34	6,9%	6,1%
35	5,8%	4,6%
36	5,5%	9,8%
37	7,3%	10,4%
38	7,3%	7,2%
39	9,1%	8,8%
40	9,1%	8,9%
41	9,5%	9,6%
42	9,4%	9,4%
43	8,3%	9,4%
44	7,6%	5,4%
45	7,1%	5,7%
46	6,6%	5,1%

Idade	Homem	Mulher
47	6,2%	6,2%
48	7,0%	8,7%
49	10,3%	10,0%
50	10,3%	10,9%
51	9,3%	10,6%
52	8,5%	11,1%
53	7,9%	7,0%
54	8,4%	7,0%
55	7,7%	7,0%
56	7,2%	7,0%
57	6,7%	7,0%
58	6,3%	7,0%
59	8,6%	7,0%
60	7,9%	7,0%
61	7,3%	6,0%
62	6,8%	6,0%
63	6,4%	6,0%
64	6,6%	6,0%
65	6,2%	6,0%
66	5,8%	4,0%
67	5,5%	4,0%
68	5,2%	4,0%
69	9,5%	4,0%
70	6,1%	4,0%
71	6,9%	2,0%
72	6,7%	2,0%
73	6,6%	2,0%
74	6,5%	2,0%

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença, início de investigação clínica, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;
c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado.

7.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

Haverá necessidade de documentação específica mínima, exclusivamente para as doenças listadas abaixo:

I. Câncer:
a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II. Acidente Vascular Cerebral:
a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com possível destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando ou não a sequela decorrente; e
b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

III. Infarto Agudo do Miocárdio:
a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;
b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;
c) laudo de cateterismos cardíaco; e
d) eletrocardiogramas recentes.

IV. Doença de Alzheimer:

a) laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

V. Perda da Visão:

a) laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do(a) segurado(a) com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

VI. **Paralisia de Membros:**

a) laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

VII. Doença de Parkinson:

a) laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e

b) cópia do laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

VIII. Esclerose Múltipla:

a) laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e

b) cópia do laudo da Ressonância magnética do cérebro.

IX. Osteomielite:

a) cópias dos exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;

b) Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

X. Embolia Pulmonar:

a) laudo completo da Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Básica, devidamente emitido pelo profissional ou serviço responsável, contendo os resultados, a interpretação médica e demais informações técnicas pertinentes, para avaliação da mecânica respiratória.

XI. Coma por Traumatismo Craniano:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, confirmando o diagnóstico de coma profundo, a data do traumatismo craniano, e o prognóstico.

XII. Doença do Neurônio Motor:

a) laudo do neurologista comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e

b) cópia dos laudos da ressonância magnética do cérebro, e de exames de eletromiografia

XIII. Hepatite Aguda Fulminante:

a) laudo do médico clínico geral ou de gastrenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado, e prognóstico; e

b) cópia dos Exames de sangue (hemograma completo, TGO, TGP, Alanina transaminases, Albumina e Fosfatase alcalina; e

c) cópia dos exames Bilirrubina total e frações, Gama-glutamil transpeptidase, Desidrogenase láctica, 5'-nucleotidase, Sorologia viral e Medição de TP/INR).

7.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização.
b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do beneficiário;
c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DOENÇAS GRAVES 30 (DG30)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência, o diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças graves ou da realização de um procedimento médico coberto devidamente especificadas abaixo, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. **A cobertura de Doenças Graves 30 se extingue com o pagamento de 100% do Capital Segurado referente ao diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nas Condições Especiais da cobertura, ou na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o que ocorrer primeiro, o que ocorrer primeiro.**

1.4. Para efeito dessa cobertura, serão consideradas Doenças Graves e procedimentos médicos cobertos, exclusivamente os eventos abaixo:

a) **Câncer**: doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin. Essa patologia será classificada em 3 (três) níveis:

I. Câncer Leve:

- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estádios primários (abaixo de Bo pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

II. Câncer Moderado

- T1-3 | NX | MX;
- T1-3 | No | Mo;
- Estádio I da doença

III. Câncer Grave

- T4 | N qualquer | M qualquer;

- T qualquer | N1 | Mo;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estádio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia;

b) **Acidente Vascular Cerebral - AVC:** todo evento neurológico súbito, de origem vascular, que resulte em dano cerebral isquêmico ou hemorrágico. O diagnóstico deverá ser confirmado por médico especialista e estar respaldado por ressonância magnética ou tomografia computadorizada do cérebro. Essa patologia será classificada em 2 (dois) níveis:

I. **Acidente Vascular Cerebral - AVC Leve:** evento que atenda a todos os critérios a seguir:

- Evento neurológico súbito de origem vascular, com déficit neurológico focal devidamente documentado;
- Lesão cerebral aguda isquêmica ou hemorrágica evidenciada por ressonância magnética ou tomografia computadorizada, inferior a 1,5 cm, ou infarto lacunar único;
- Ausência de incapacidade funcional significativa ou permanente;
- Manifestações clínicas: Déficit neurológico focal de início súbito, resolvidas em até 7 dias, ou persistentes por mais de 24 horas, desde que, na alta hospitalar, sejam documentados: NIHSS ≤ 3, e mRS ≤ 1.

II. **Acidente Vascular Cerebral - AVC Grave:** evento caracterizado por:

- Hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente, incluindo, mas não se limitando a distúrbios da fala, perda de funções motoras, limitação das atividades da vida diária ou paralisia;
- Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

c) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista com base em critérios clínicos, eletrocardiográficos e bioquímicos. Essa patologia será classificada em 2 (dois) níveis:

I. **Infarto Agudo do Miocárdio Leve:** evento que atenda a todos os critérios a seguir:

- Biomarcadores: elevação de troponina acima do percentil 99 do limite superior de referência, com variação (delta) compatível com injúria miocárdica aguda, sem exceder três vezes o referido limite;
- Evidência de isquemia, demonstrada por pelo menos um dos seguintes achados:
  - Dor torácica ou equivalente isquêmico de início súbito;
  - Alterações transitórias do segmento ST ou da onda T no ECG, sem formação de

onda Q patológica;

- Angiografia coronariana evidenciando estenose ≤ 50% em vaso principal, sem oclusão total;

- Função ventricular preservada, documentada por ecocardiograma ou ressonância magnética cardíaca, com fração de ejeção ≥ 50% e ausência de áreas fixas de hipocinesia significativa.

II. Infarto Agudo do Miocárdio Grave: evento que atenda a todos os critérios a seguir:

- História clínica de dores torácicas típicas;
- Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG incluindo depressão do segmento ST e/ou presença de ondas T ou Q patológicas;
- Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

d) **Doença de Alzheimer**: Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

e) **Perda da Visão**: Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

f) **Paralisia de Membros**: Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

g) **Parkinson**: Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.

h) **Esclerose Múltipla:** Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

i) **Osteomielite:** Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

j) **Embolia Pulmonar:** É o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Considera-se como risco coberto a embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos

k) **Coma por Traumatismo Craniano:** Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:

- Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
- Requer o uso de equipamentos médicos de suporte à vida.
- Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.
- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

l) **Doença do Neurônio Motor:** Doenças do neurônio motor caracterizado pela degeneração progressiva das vias corticoespinhais e células do corno anterior ou neurônios eficazes bulbares que incluem atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária.

- A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e dar por resultado um déficit neurológico permanente durante um período contínuo de pelo menos 3 meses.

m) **Hepatite Aguda Fulminante:** Necrose massiva ou submassiva (morte do tecido hepático) causada por vírus da hepatite, confirmada por um hepatologista ou gastroenterologista e evidenciada pelos seguintes critérios:

- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda.
- Diminuição rápida do tamanho do fígado confirmada por USG abdominal
- Piora rápida dos testes de função hepática
- Icterícia acentuada
- Desenvolvimento de encefalopatia hepática
- Aumento dos níveis de bilirrubina.
- Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5.
- Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas.
- Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

n) **Anemia Aplásica:** Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência

grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:
- Medicamentos estimulantes da medula óssea;
- Imunossupressores; ou;
- Transplante de medula óssea

o) **Cirurgia de aorta:** Cirurgia aberta da aorta torácica ou abdominal, com ressecção de algum segmento do vaso, muitas vezes com colocação de enxerto. Inclui coartectomia para tratamento da coartação da aorta, ressecção de aneurismas ou tratamento cirúrgico da dissecção aórtica. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

p) **Cirurgia de revascularização (bypass):** Cirurgia de tórax aberto realizada para corrigir ou tratar estreitamento ou bloqueio de uma ou mais artérias coronárias com enxertos arteriais e/ou venosos. Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A indicação cirúrgica deve ser realizada por um médico especialista Cardiologista e evidenciado por angiografia coronária.

q) **Cirurgia de válvulas cardíacas:** A primeira ocorrência de cirurgia de válvulas cardíacas (endoscópica ou a coração aberto) realizada para substituir ou reparar uma ou mais válvulas cardíacas, como consequência de defeitos que não podem ser reparados por procedimentos intravasculares. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

r) **Doenças hepáticas graves - falha crônica do fígado (Fase Terminal):** Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 10 pontos (classe C) na classificação de Child-Pugh.
A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:
- Níveis de bilirrubina total;
- Níveis de albumina sérica;
- Gravidade da ascite;
- INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea); e;
- Encefalopatia hepática.

O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e apoiado por exames de imagem.

s) **Lúpus Eritematoso Sistêmico:** LES com todos os critérios abaixo atendidos:

I. 2 dos 5 pontos abaixo devem ser atendidos:
Artrite: artrite não erosiva, envolvendo 2 ou mais articulações;
Serosite: pleurite ou pericardite;
Distúrbio renal: proteinúria persistente > 0,5 g por dia ou cilindros celulares;
Distúrbio hematológico: anemia hemolítica, leucopenia ou trombocitopenia; ou
Anticorpo antinuclear positivo, anticorpo anti-DsDNA ou anticorpo anti-Smith.

II. O diagnóstico de Lupus eritematoso sistêmico deve ser confirmado por reumatologista ou imunologista.

t) **Perda da Audição ou Surdez:** Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambas as orelhas, causadas por acidente ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico Otorrinolaringologista e evidenciado por exames auditivos específicos (audiograma, BERA - Audiometria de Tronco Cerebral, emissão oto-acústica), obedecendo aos critérios abaixo relacionados:

a) limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

u) **Perda da Fala:** Perda total, permanente e irreversível da capacidade de falar como resultado de lesão física ou doença, por um período de pelo menos 180 dias.

v) **Queimaduras Graves:** Queimaduras de terceiro grau, que tenham acometido ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado ou pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície do rosto ou da cabeça. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado pelos resultados da carta de Lund Browder ou um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

w) **Transplante de Coração:** Procedimento cirúrgico no qual o Segurado participa, exclusivamente, como receptor.

O transplante deve ser originado de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

x) **Transplante de Fígado:** Procedimento cirúrgico no qual o Segurado participa, exclusivamente, como receptor.

O transplante deve ser originado de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

y) **Transplante de Intestino Delgado:** Procedimento cirúrgico no qual o Segurado participa, exclusivamente, como receptor.

O transplante deve ser originado de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

z) **Transplante de Medula Óssea:** Procedimento cirúrgico no qual o Segurado participa, exclusivamente, como receptor.

O transplante deve ser originado de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

aa) **Transplante de Pâncreas:** Procedimento cirúrgico no qual o Segurado participa, exclusivamente, como receptor.

O transplante deve ser originado de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

bb) **Transplante de Pulmão:** Procedimento cirúrgico no qual o Segurado participa, exclusivamente, como receptor.

O transplante deve ser originado de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

cc) **Transplante de Rim:** Procedimento cirúrgico no qual o Segurado participa, exclusivamente, como receptor.

O transplante deve ser originado de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

dd) **Tumor cerebral benigno:** Tumor benigno no cérebro desde que o tumor coloque a vida em risco; tenha causado danos cerebrais; exigiu remoção cirúrgica ou causou um déficit neurológico com sintomas clínicos persistentes. O diagnóstico deve ser confirmado por Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) ou Tomografia por Emissão de Positrões (PET) ou outras técnicas de imagem.

Pelo menos um dos seguintes critérios deverá ser preenchido:
(1) Remoção cirúrgica total ou parcial do tumor cerebral
(2) Radioterapia subcutânea para o tumor cerebral.

Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas, esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Câncer:

I. Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
II. Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
III. Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
IV. Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.

b) Acidente Vascular Cerebral:

Para Acidente Vascular Cerebral Estágio Leve:

I. Ataque Isquêmico Transitório (AIT) sem lesão cerebral em exame de imagem, caracterizado por sintomas neurológicos transitórios com ressonância magnética normal;
II. Eventos neurológicos de origem não vascular, como doenças desmielinizantes ou encefalopatia hipertensiva;
III. Eventos iatrogênicos pós procedimentos médicos, cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos.

Para Acidente Vascular Cerebral Estágio Grave:

I. Ataques isquêmicos transitórios (AIT) e quaisquer déficits neurológicos de caráter temporário, que não resultem em dano neurológico permanente;
II. Hemorragia cerebral causada por acidentes;
III. Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
IV. Obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico, ainda que resulte em déficit neurológico ou visual;
V. Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas, incluindo enxaqueca com aura.

c) Infarto Agudo do Miocárdio:

Para Infarto Agudo do Miocárdio Estágio Leve:

I. Injúria miocárdica secundária, incluindo, mas não se limitando a elevação de troponina decorrente de sepse, taquiarritmias, insuficiência renal, embolia pulmonar ou outras condições sistêmicas não primariamente isquêmicas;
II. Miocardite ou quaisquer outras causas não isquêmicas de lesão do músculo cardíaco.

Para Infarto Agudo do Miocárdio Estágio Grave:

I. Angina do peito incluindo angina estável e instável;
II. Angina decúbito;
III. Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";
IV. Outras síndromes coronarianas agudas que não atendam integralmente aos critérios clínicos, eletrocardiográficos e bioquímicos definidos para Infarto

Agudo do Miocárdio em Estágio II.

d) Doença de Alzheimer:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

e) Perda da Visão:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;**
- **Cegueira de origem central (sistema nervoso central).**

f) Paralisia de Membros:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;**
- **Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;**
- **A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

g) Parkinson:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;**
- **Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo**

h) Esclerose Múltipla:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Doença na fase inicial ou em remissão (sem sintomas).**

i) Osteomielite:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Osteomielite diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

j) Embolia Pulmonar:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Embolia Pulmonar diagnosticada antes da contratação do seguro, bem como a Embolia Pulmonar ocorrida dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

k) Coma por Traumatismo Craniano:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Coma como resultado direto de ferimentos auto infligidos, uso de álcool e/ou drogas.**
- **Coma medicamente induzido**
- **Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.**
- **Diagnóstico de morte cerebral**

l) Hepatite Aguda Fulminante:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).**
- **Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.**

m) Cirurgia de aorta:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Qualquer procedimento intra-arterial com base em cateteres tais como colocação de stents ou reparação endovascular.**
- **Cirurgia nos ramos da aorta.**

n) Cirurgia de revascularização (bypass):

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Angioplastia coronária, colocação de stents coronários ou qualquer procedimento intra-arterial com base em catéteres.**
- **Revascularização com laser.**
- **Técnicas cirúrgicas que não requerem a abertura do tórax ou outras cirurgias cardíacas que não sejam especificamente uma cirurgia de bypass coronário.**

o) Cirurgia de válvulas cardíacas:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Reparos valvulares mediante procedimentos intravasculares (uso de clips, dilatação com balão, prótese de implantação intravascular).**

p) Doenças hepáticas graves - falha crônica do fígado (Fase Terminal):

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **A exclusão é a doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).**

q) Perda da Audição ou Surdez:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Surdez que possa ser corrigida mediante tratamento médico de qualquer tipo.**

r) Perda da Fala:

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Perda transitória da fala ou perda da fala relacionada a transtornos psiquiátricos.**

s) Transplantes de Órgãos (Coração, Fígado, Intestino Delgado, Medula Óssea, Pâncreas, Pulmão, Rim):

I. Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- **Colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.**
- **Transplantes com órgão de animais, não humanos.**
- **Autotransplantes (medula, etc.).**
- **Transplantes de córnea, e outros órgãos**
- **Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).**
- **Transplante de células da ilhota de Langerhans do páncreas**
- **Transplante de outros órgãos ou tecidos não relacionados nos itens cobertos**
- **Doador do órgão**

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data do diagnóstico definitivo da Doença Grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

3.4 Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

Risco Coberto		% de Indenização
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral	Leve	30%
	Grave	100%
Infarto Agudo do Miocárdio	Leve	30%
	Grave	100%
Anemia Aplásica		100%
Cirurgia de Aorta		100%
Cirurgia de Revascularização (Bypass)		100%
Cirurgia de Válvulas Cardíacas		100%
Coma por Traumatismo Craniano		100%
Doença de Alzheimer		100%
Doença do Neurônio Motor		100%
Doenças Hepáticas Graves - Falha Crônica do Fígado (Fase Terminal)		100%
Embolia Pulmonar		100%
Esclerose Múltipla		100%
Hepatite Aguda Fulminante		100%
Lúpus Eritematoso Sistêmico		100%
Osteomielite		100%
Paralisia de Membros		100%
Parkinson		100%
Perda da Visão		100%
Perda da Audição ou Surdez		100%
Perda da Fala		100%
Queimaduras Graves		100%
Transplante de Coração		100%
Transplante de Fígado		100%
Transplante de Intestino Delgado		100%
Transplante de Medula Óssea		100%
Transplante de Pâncreas		100%
Transplante de Pulmão		100%
Transplante de Rim		100%
Tumor Cerebral Benigno		100%

3.5 O capital segurado não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado, adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, o segurado recebe apenas 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer grave ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

3.6 O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

3.7 **No caso de dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder 100%.**

3.8 Em caso de diagnóstico de doença grave seguida de Morte do segurado sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da Indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiários constante nas Condições Gerais.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.5. A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.6. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1 A cobertura de Doenças Graves ficará sujeita ao período de carência de 60 (sessenta) dias.

5.2 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.3 O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso o diagnóstico da doença coberta ou a realização de um dos procedimentos médicos cobertos ocorra durante o período de carência.

5.4 Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.5 O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1 Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2 Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Doenças Graves, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,5%
20	0,0%	0,5%
21	0,0%	0,3%
22	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,8%
24	0,0%	0,5%
25	0,0%	4,7%
26	4,1%	4,6%
27	0,3%	4,6%
28	4,1%	4,5%
29	6,2%	7,8%
30	6,0%	4,3%
31	5,7%	7,3%
32	5,5%	6,9%
33	5,4%	6,7%
34	6,9%	6,4%
35	6,1%	5,3%
36	6,3%	9,7%
37	7,9%	10,3%
38	8,0%	7,7%
39	9,6%	8,9%
40	9,7%	9,0%
41	9,7%	9,6%
42	9,3%	9,3%
43	8,7%	9,5%
44	8,3%	6,3%
45	7,9%	6,6%
46	6,8%	3,8%

Idade	Homem	Mulher
47	6,5%	4,8%
48	7,3%	7,1%
49	10,1%	8,4%
50	10,1%	9,4%
51	9,2%	9,4%
52	8,6%	10,0%
53	8,0%	6,7%
54	8,5%	6,9%
55	7,9%	6,9%
56	6,8%	6,6%
57	6,4%	6,7%
58	6,0%	6,6%
59	7,7%	6,6%
60	7,5%	6,6%
61	6,9%	5,7%
62	6,5%	5,7%
63	6,1%	5,8%
64	6,3%	5,8%
65	6,0%	5,8%
66	5,3%	3,8%
67	5,0%	3,8%
68	4,8%	3,8%
69	8,6%	3,8%
70	5,6%	3,8%
71	6,3%	2,0%
72	6,2%	2,0%
73	6,1%	2,0%
74	5,9%	2,0%

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de

saúde realizados pelo segurado.

7.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença, início de investigação clínica, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

c) Extrato de utilização do plano de saúde dos últimos 3 (três) anos, que demonstre o histórico de atendimentos, consultas, exames e procedimentos realizados pelo Segurado.

7.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

Haverá necessidade de documentação específica mínima, exclusivamente para as doenças listadas abaixo:

I. Câncer:

a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e

b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II. Acidente Vascular Cerebral:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com possível destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia;

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

III. Infarto Agudo do Miocárdio:

a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;

b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;

c) laudo de cateterismos cardíaco; e

d) eletrocardiogramas recentes.

IV. Doença de Alzheimer:

a) laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e

b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

V. Perda da Visão:

a) laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do(a) segurado(a) com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

VI. **Paralisia de Membros:**

a) laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

VII. Doença de Parkinson:

a) laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e

b) cópia do laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

VIII. Esclerose Múltipla:

a) laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e

b) cópia do laudo da Ressonância magnética do cérebro.

IX. Osteomielite:

a) cópias dos exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;

b) Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

X. Embolia Pulmonar:

a) laudo completo da Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Básica, devidamente emitido pelo profissional ou serviço responsável, contendo os resultados, a interpretação médica e demais informações técnicas pertinentes, para avaliação da mecânica respiratória.

XI. Coma por Traumatismo Craniano:

a) laudo médico, firmado por médico neurologista, confirmando o diagnóstico de coma profundo, a data do traumatismo craniano, e o prognóstico.

XII. Doença do Neurônio Motor:

a) laudo do neurologista comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e

b) cópia dos laudos da ressonância magnética do cérebro, e de exames de eletromiografia

XIII. Hepatite Aguda Fulminante:

a) laudo do médico clínico geral ou de gastrenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado, e prognóstico;

b) cópia dos Exames de sangue (hemograma completo, TGO, TGP, Alanina transaminases, Albumina e Fosfatase alcalina; e
c) cópia dos exames Bilirrubina total e frações, Gama-glutamil transpeptidase, Desidrogenase láctica, 5'-nucleotidase, Sorologia viral e Medição de TP/INR).

XIV. Anemia Aplásica:
a) laudo do hematologista comprovando a etiologia, a data da sua caracterização, e prognóstico; e
b) Hemograma completo, coagulograma, cópia do laudo de biópsia de medula óssea.

XV. Cirurgia de aorta:
a) Relatório cirúrgico;

XVI. Cirurgia de revascularização (bypass):
a) Relatório do procedimento cirúrgico
b) Relatório da angiografia coronária prévia a cirurgia

XVII. Cirurgia de válvulas cardíacas:
a) Relatório cirúrgico
b) Resultados dos exames realizados (eletrocardiograma, RM, etc.) que demonstrem os defeitos valvulares.

XVIII. Doenças hepáticas graves - falha crônica do fígado (Fase Terminal):
a) laudo do médico clínico geral ou de gastrenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado, e prognóstico;
b) cópia dos Exames de sangue (hemograma completo, TGO, TGP, Alanina transaminases, Albumina e Fosfatase alcalina; e
c) cópia dos exames Bilirrubina total e frações, Gama-glutamil transpeptidase, Desidrogenase láctica, 5'-nucleotidase, Sorologia viral e Medição de TP/INR).

XIX. Perda da Audição ou Surdez:
a) Relatório do médico Otorrinolaringologista
b) Exames específicos demonstrativos da condição (audiograma, potenciais auditivos do tronco cerebral, registro de emissões otoacústicas)

XX. Perda da Fala:
a) Relatório detalhado do médico especialista

XXI. Queimaduras Graves:
a) Relatório do médico especialista sobre a condição;
b) Carta de Lund Bowder ou resultados de um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

7.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:
a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização.

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do beneficiário;
c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde que contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência e franquia, as diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar internado, sob orientação médica, observado o limite de diárias contratadas e ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. No caso de internação em CTI (Centro de Terapia Intensiva) ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a indenização para cada dia em terapia intensiva será equivalente ao valor de 3 (três) diárias contratadas.

1.4. **Esta cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade. No caso de a apólice só conter uma destas coberturas, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.**

1.5. **A cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 200 (duzentas) diárias por evento, totalizando 1.000 (mil) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de carência e de franquia previstos nas condições especiais.**

1.5.1. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por internação hospitalar, multiplicando-se pelo número de dias de internação.

CLÁUSULA 2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. A**lém das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:**

a) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;
b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do acidente;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora;
d) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
f) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que as internações sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
h) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, stress, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
j) angioplastia, endarterectomia. Embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
k) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
l) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;
m) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;
n) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
o) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
p) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
q) internação domiciliar;
r) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
s) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
t) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "in-situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
u) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
v) cirurgia para correção de fimose.

CLÁUSULA 3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na

Apólice de Seguro.

3.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva.

3.4 O Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado de forma automática na renovação da vigência do seguro.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. **A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.**

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

5.1. Será estabelecida franquia simples de 72 (setenta e duas) horas, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 72 (setenta e duas) horas não serão pagos e eventos com prazos superiores a 72 (setenta e duas) horas serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

5.1.1. Para internações hospitalares decorrentes de câncer, AVC (Acidente Vascular Cerebral) e acidentes, a franquia simples deste seguro será reduzida para 48 (quarenta e oito) horas, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 48 (quarenta e oito) horas não serão pagos.

CLÁUSULA 6 – PRAZO DE CARÊNCIA

6.1. A cobertura de Diárias de Internação Hospitalar ficará sujeita ao período de carência de 60 (sessenta) dias.

6.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

6.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

6.4. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

6.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

6.6. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	0,0%	0,0%
20	0,0%	0,0%
21	0,0%	0,0%
22	0,0%	0,0%
23	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	1,3%	3,2%
27	1,2%	3,1%
28	1,3%	3,0%
29	1,2%	2,8%
30	1,2%	2,8%
31	1,2%	2,7%
32	1,2%	2,7%
33	1,2%	2,6%
34	1,2%	2,5%
35	1,2%	2,5%
36	4,2%	5,0%
37	4,0%	4,8%
38	3,8%	4,6%
39	3,7%	4,4%
40	3,6%	4,2%
41	3,4%	4,0%
42	3,4%	3,9%
43	3,2%	3,7%

Idade	Homem	Mulher
44	3,2%	3,6%
45	3,0%	3,5%
46	6,7%	3,5%
47	6,3%	3,3%
48	5,9%	3,2%
49	5,6%	3,1%
50	5,3%	3,1%
51	5,0%	3,0%
52	4,7%	2,8%
53	4,5%	2,8%
54	4,3%	2,7%
55	4,2%	2,6%
56	6,9%	4,5%
57	6,5%	4,3%
58	6,1%	4,2%
59	5,7%	4,0%
60	5,4%	3,8%
61	5,1%	3,7%
62	4,9%	3,6%
63	4,6%	3,4%
64	4,4%	3,3%
65	4,3%	3,2%
66	1,5%	3,3%
67	4,4%	3,5%
68	4,3%	3,5%
69	4,3%	3,5%

CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

8.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

8.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio
d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura

digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

8.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária, da internação;
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem a data do diagnóstico da doença ou acidente, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

c) Declaração do Hospital ou resumo de alta constando o nome do segurado, data da internação e da alta e mencionando os períodos de enfermaria e UTI, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s)

8.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

8.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário;

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde que contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência e franquia, diárias ao segurado, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado, de diárias e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. Esta cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade. No caso de a apólice só conter uma destas coberturas, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

1.4. A cobertura está limitada ao pagamento de:

a) **Até 120 (cento e vinte) diárias para eventos decorrentes de:**

- lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- qualquer tipo de hérnia e suas consequências, decorrente de doença ou acidente;
- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática;

b) Até 730 (setecentos e trinta) diárias para os demais eventos

1.5. As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

1.6. O valor da diária contratada por Incapacidade Temporária deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado. No eventual Sinistro, poderá ser

solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento do Capital Segurado será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada Má-Fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, sob pena de sofrer as consequências previstas na cláusula 9.9 das Condições Gerais.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) estados de convalescença (após a alta médica);
b) hospitalizações para check-up;
c) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;
d) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
e) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, tratamento ou cirurgia para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
f) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;
g) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
h) anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
i) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
j) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
k) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
l) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia) e demais condutas refrativas;
m) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide e osteoartrose, entre outras;
n) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
o) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
p) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;
q) estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
r) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
t) doação e transplante intervivos;

u) doenças transmitidas por contato com animais (exceto insetos), tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias, mesmo que o contágio ocorra posteriormente por contato humano

v) qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

2.2. A aposentadoria por invalidez ou o auxílio-doença concedidos por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como data do evento:

a) A data do acidente, caso o sinistro seja decorrente de acidente pessoais; ou
b) A data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado, caso o sinistro seja decorrente de doença.

3.3 Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias. A Seguradora providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do 10º (décimo) dia, da data do início de afastamento de suas atividades profissionais, já considerando o período de franquia previsto nesta Condição Especial até a alta médica ou a utilização do limite de diárias também estabelecidas nesta Condição Especial.

3.4 **Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora.**

3.5 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias na qual o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.

3.6 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas na forma da lei vigente.

3.7 A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:

a) Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico Assistente; ou,
b) Com a utilização do Limite de Diárias.

3.8 Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.

3.9 A reintegração do capital segurado relativo a essa cobertura é automática após cada evento coberto.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. A vigência desta cobertura será de 1 (um) ano, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

5.1. Será estabelecida franquia simples de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 10 (dez) dias não serão pagos e eventos com prazos superiores a 10 (dez) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

CLÁUSULA 6 – PRAZO DE CARÊNCIA

6.1. Para cobertura de Renda por Incapacidade Temporária os seguintes períodos de carência deverão ser observados:

6.1.1. 180 (cento e oitenta) dias de carência para eventos decorrentes de:

a) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
b) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, decorrente de doença ou acidente;
c) diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
d) cirrose hepática;

6.1.2. 60 (sessenta) dias de carência para eventos decorrentes de doença, exceto as previstas no item 6.1.1. deste na cláusula, cujo prazo de Carência será de 180 dias.

6.1.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

6.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

6.3. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

6.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

6.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	4,1%	4,1%
20	4,1%	4,1%
21	4,1%	4,1%
22	4,1%	4,1%
23	4,1%	4,1%
24	4,1%	4,1%
25	4,1%	4,1%
26	4,1%	4,1%
27	4,1%	4,1%
28	4,1%	4,1%
29	4,1%	4,1%
30	4,1%	4,1%
31	4,1%	4,1%
32	4,1%	4,1%
33	4,1%	4,1%
34	4,1%	4,1%
35	4,1%	4,1%
36	4,1%	4,1%
37	4,1%	4,1%
38	4,1%	4,1%
39	4,1%	4,1%
40	4,1%	4,1%
41	4,1%	4,1%
42	4,1%	4,1%
43	4,1%	4,1%

Idade	Homem	Mulher
44	4,1%	4,1%
45	4,1%	4,1%
46	4,1%	4,1%
47	4,1%	4,1%
48	4,1%	4,1%
49	4,1%	4,1%
50	4,1%	4,1%
51	4,1%	4,1%
52	4,1%	4,1%
53	4,1%	4,1%
54	4,1%	4,1%
55	4,1%	4,1%
56	4,1%	4,1%
57	4,1%	4,1%
58	4,1%	4,1%
59	4,1%	4,1%
60	4,1%	4,1%
61	4,1%	4,1%
62	4,1%	4,1%
63	4,1%	4,1%
64	4,1%	4,1%
65	4,1%	4,1%
66	4,1%	4,1%
67	4,1%	4,1%
68	4,1%	4,1%
69	4,1%	4,1%

CLÁUSULA 8 – PERÍCIA

8.1. A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

8.2. Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evoluiu para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de diária por incapacidade temporária.

CLÁUSULA 9 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

9.1. Em complemento à CLÁUSULA 18 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

9.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;

d) Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados. (Cópia dos 3 últimos holerites, cópia do Imposto de Renda, Cópia dos 3 últimos meses de extrato bancário, DECORE);

e) Cópia de comprovante de exercício de Atividade Profissional declarada na contratação da apólice;

f) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

9.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial, contendo registros clínicos, relatórios de procedimentos, evoluções, prescrições e demais informações necessárias para a análise da emergência médica

c) Relatório Médico para concessão e prorrogação do afastamento, com a informação da quantidade de dias de afastamento, patologia (com CID) e com informações clínicas detalhadas e suficientes para avaliação da causa do afastamento, com assinatura e carimbo de CRM, do médico do segurado;

d) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a doença ou acidente, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

9.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
c) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes.

9.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:
a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização
b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário;
c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio;

CLÁUSULA 10 – RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA SEM RETROATIVO (RIT-SR)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde que contratada, esta cobertura cobre, após o período de carência e franquia, diárias ao segurado, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer sua profissão ou ocupação decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado, de diárias e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. **Esta cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade, o que ocorrer primeiro.**

1.4. **A cobertura está limitada ao pagamento de:**

a) **Até 120 (cento e vinte) diárias para eventos decorrentes de:**

- lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- qualquer tipo de hérnia e suas consequências, decorrente de doença ou acidente;
- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática;

b) **Até 730 (setecentos e trinta) diárias para os demais eventos**

1.5. **As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.**

1.6. **O valor da diária contratada por Incapacidade Temporária deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado. No eventual Sinistro, poderá ser solicitada a sua**

comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento do Capital Segurado será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada Má-Fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, sob pena de sofrer as consequências previstas na cláusula 9.9 das Condições Gerais.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) **estados de convalescença (após a alta médica);**
b) **hospitalizações para check-up;**
c) **cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências;**
d) **tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;**
e) **gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, tratamento ou cirurgia para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;**
f) **infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;**
g) **lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;**
h) **anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;**
i) **luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;**
j) **instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
k) **distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
l) **ceratotomia (cirurgia para correção de miopia) e demais condutas refrativas;**
m) **as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide e osteoartrose, entre outras;**
n) **as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
o) **laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
p) **cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;**
q) **estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
r) **tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
s) **tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
t) **doação e transplante intervivos;**

u) **doenças transmitidas por contato com animais (exceto insetos), tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias, mesmo que o contágio ocorra posteriormente por contato humano;**
v) **qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.**

2.2. A aposentadoria por invalidez ou o auxílio-doença concedidos por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1 Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como data do evento:

c) A data do acidente, caso o sinistro seja decorrente de acidente pessoais; ou
d) A data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado, caso o sinistro seja decorrente de doença.

3.3 Caracterizando-se o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única nos casos em que o período de Incapacidade Temporária não superar 30 (trinta) dias. A Seguradora providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do 10º (décimo) dia, da data do início de afastamento de suas atividades profissionais, já considerando o período de franquia previsto nesta Condição Especial até a alta médica ou a utilização do limite de diárias também estabelecidas nesta Condição Especial.

3.4 **Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora.**

3.5 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias na qual o Segurado tenha direito, de acordo com a Incapacidade Temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, Auditoria Médica e, se necessário, exames complementares.

3.6 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento das diárias por Incapacidade Temporária, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais serão pagas na forma da lei vigente.

3.7 A cessação do pagamento das diárias por Incapacidade Temporária ocorrerá:

c) Na data da alta médica, devendo o Segurado apresentar o respectivo comprovante firmado pelo Médico Assistente; ou,
d) Com a utilização do Limite de Diárias.

3.8 Não será permitido o acúmulo de diárias quando houver mais de um evento que dê causa a Incapacidade Temporária durante um mesmo período.

3.9 A reintegração do capital segurado relativo a essa cobertura é automática após cada evento coberto.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. A vigência desta cobertura será de 1 (um) ano, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – FRANQUIA

5.1. Será estabelecida franquia dedutível de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 10 (dez) dias não serão pagos e eventos com prazos superiores a 10 (dez) dias serão pagos, descontando o período de franquia.

CLÁUSULA 6 – PRAZO DE CARÊNCIA

6.1. Para cobertura de Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo os seguintes períodos de carência deverão ser observados:

6.1.1. 180 (cento e oitenta) dias de carência para eventos decorrentes de:

e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
f) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, decorrente de doença ou acidente;
g) diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
h) cirrose hepática;

6.1.2. 60 (sessenta) dias de carência para eventos decorrentes de doença, exceto as previstas no item 6.1.1. deste na cláusula, cujo prazo de Carência será de 180 dias.

6.1.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

6.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

6.3. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

6.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

6.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.3. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.4. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária sem Retroativo, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	4,1%	4,1%
20	4,1%	4,1%
21	4,1%	4,1%
22	4,1%	4,1%
23	4,1%	4,1%
24	4,1%	4,1%
25	4,1%	4,1%
26	4,1%	4,1%
27	4,1%	4,1%
28	4,1%	4,1%
29	4,1%	4,1%
30	4,1%	4,1%
31	4,1%	4,1%
32	4,1%	4,1%
33	4,1%	4,1%
34	4,1%	4,1%
35	4,1%	4,1%
36	4,1%	4,1%
37	4,1%	4,1%
38	4,1%	4,1%
39	4,1%	4,1%
40	4,1%	4,1%
41	4,1%	4,1%
42	4,1%	4,1%
43	4,1%	4,1%

Idade	Homem	Mulher
44	4,1%	4,1%
45	4,1%	4,1%
46	4,1%	4,1%
47	4,1%	4,1%
48	4,1%	4,1%
49	4,1%	4,1%
50	4,1%	4,1%
51	4,1%	4,1%
52	4,1%	4,1%
53	4,1%	4,1%
54	4,1%	4,1%
55	4,1%	4,1%
56	4,1%	4,1%
57	4,1%	4,1%
58	4,1%	4,1%
59	4,1%	4,1%
60	4,1%	4,1%
61	4,1%	4,1%
62	4,1%	4,1%
63	4,1%	4,1%
64	4,1%	4,1%
65	4,1%	4,1%
66	4,1%	4,1%
67	4,1%	4,1%
68	4,1%	4,1%
69	4,1%	4,1%

CLÁUSULA 8 – PERÍCIA

8.1. A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

8.2. Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evoluiu para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de diária por incapacidade temporária.

CLÁUSULA 9 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

9.1. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;

d) Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados. (Cópia dos 3 últimos holerites, cópia do Imposto de Renda, Cópia dos 3 últimos meses de extrato bancário, DECORE);

e) Cópia de comprovante de exercício de Atividade Profissional declarada na contratação da apólice;

f) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

9.2. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial, contendo registros clínicos, relatórios de procedimentos, evoluções, prescrições e demais informações necessárias para a análise da emergência médica

c) Relatório Médico para concessão e prorrogação do afastamento, com a informação da quantidade de dias de afastamento, patologia (com CID) e com informações clínicas detalhadas e suficientes para avaliação da causa do afastamento, com assinatura e carimbo de CRM, do médico do segurado;

d) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a doença ou acidente, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis;

9.3. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

c) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos

competentes.

9.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário;

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio;

CLÁUSULA 10 – RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CIRURGIAS (C)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde que contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, uma indenização em caso de realização de procedimento cirúrgico invasivo coberto em consequência de acidente pessoal ou doença, desde que seguida por um período de internação em regime pós-operatório de 48 (quarenta e oito) horas, ocorrido exclusivamente durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

1.4. Em caso de múltiplos procedimentos da listagem dos procedimentos ou patologias cobertos, realizados durante um período contínuo de internação hospitalar, ou durante o mesmo tempo cirúrgico, será paga a soma dos percentuais dos procedimentos realizados, limitada ao capital segurado vigente no momento do sinistro.

1.5. Esta cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

1.6. A cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 5 (cinco) sinistros pagos ou 100% do capital segurado contratado, o que ocorrer primeiro. A utilização de 5 (cinco) sinistros pagos ou 100% do capital segurado, o que ocorrer primeiro, acarretará o cancelamento da cobertura.

1.7. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base a tabela ordenada pelo Código TUSS denominada Lista de Procedimentos Cobertos, que consta no Anexo I deste documento, com a informação dos procedimentos cobertos e os seus respectivos percentuais de indenização.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) biópsia cerebral ou cirurgia da glândula pituitária;
b) biópsia pulmonar;
c) cirurgia para remover material implantado em uma cirurgia anterior;
d) cirurgias relacionadas à maternidade, aborto, parto, parto normal, cesárea e/ou suas complicações;
e) cirurgias relacionadas ao nariz e/ou seios paranasais, exceto aquelas resultantes de um acidente coberto pela apólice;
f) condições congênitas;
g) controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, disfunção erétil, doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis;
h) consumo, diagnóstico, tratamento médico ou cirúrgico e/ou suas complicações em relação a tabagismo, alcoolismo ou dependência de drogas, inclusive acidentes durante diminuição de capacidades físicas ou mentais;
i) diagnósticos realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos não legalmente qualificados; e;
j) internações/ cirurgias não clinicamente necessárias;
k) procedimentos cirúrgicos por tentativa de suicídio ou lesão auto infligida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou renovação do contrato, quando suspenso, contados a partir do início do período de seguro;
l) procedimentos cosméticas, estéticas, plásticas e/ou reconstrutivas e quaisquer de suas complicações, exceto as decorrentes de acidente coberto pela apólice;
m) procedimentos diagnósticos, como biópsias;
n) procedimentos paliativos;
o) procedimentos experimentais ou que não são aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;
p) procedimentos não invasivos (ex: cirurgia a laser);
q) procedimentos relacionados à obesidade mórbida, redução de peso, mudança de sexo, esterilização, calvície e impotência sexual;
r) procedimentos relacionados ao tratamento de diálise e insuficiência renal;
s) procedimentos realizados em locais não autorizados para realização;
t) procedimentos reparadores em lesões existentes anteriormente à contratação;
u) qualquer transplante realizado como doador;
v) tratamento cirúrgico devido a artroscopia (inclusive);
w) tratamento ou cirurgias dentárias, extração alveolar, gengival e dentária;
x) tratamentos médicos ou cirúrgicos destinados a corrigir miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia e catarata;
y) tratamento ambulatorial (qualquer consulta médica ou cirúrgica, investigação ou procedimento realizado que não exija a hospitalização por pelo menos 48 horas e o uso de uma sala e cirurgia);
z) qualquer procedimento diferente daqueles listados na relação de procedimentos cobertos.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data da cirurgia.

3.4. Não haverá reintegração do capital segurado após evento coberto, ficando o saldo remanescente para ser utilizado em futuros eventos cobertos durante a vigência da cobertura.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. **A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.**

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. **A cobertura de Cirurgias ficará sujeita ao período de carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

5.2. **Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.**

5.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.4. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

5.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.6. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Cirurgias, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	7,1%	5,2%
20	7,1%	5,2%
21	7,1%	5,2%
22	7,2%	5,2%
23	7,2%	8,1%
24	7,2%	6,7%
25	7,2%	6,7%
26	7,2%	6,7%
27	7,3%	5,2%
28	7,3%	6,8%
29	7,3%	5,2%
30	7,3%	5,2%
31	7,4%	5,2%
32	5,7%	3,7%
33	2,5%	3,8%
34	1,1%	3,8%
35	2,7%	3,8%
36	1,4%	3,8%
37	4,3%	3,8%
38	1,7%	3,8%
39	3,1%	3,9%
40	5,7%	3,9%
41	5,7%	3,9%
42	5,7%	3,9%
43	5,7%	5,2%

Idade	Homem	Mulher
44	5,7%	5,2%
45	5,7%	5,2%
46	5,7%	5,2%
47	5,7%	5,2%
48	5,7%	5,2%
49	5,7%	5,2%
50	5,7%	5,2%
51	5,7%	5,2%
52	5,7%	5,2%
53	5,7%	5,2%
54	5,7%	5,2%
55	5,7%	5,2%
56	5,7%	5,2%
57	5,7%	5,2%
58	5,7%	5,2%
59	5,7%	5,2%
60	5,7%	5,2%
61	5,7%	5,2%
62	5,7%	5,2%
63	5,7%	5,2%
64	5,7%	5,2%
65	5,7%	5,2%
66	5,7%	5,2%
67	5,7%	5,2%
68	5,7%	5,2%
69	5,7%	5,2%

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;

- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico com definição técnica e código da tabela TUSS, constando o nome do segurado, o nome do hospital, e data do procedimento
c) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a doença ou acidente motivador da cirurgia, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis.

7.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:
a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;
b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;
c) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes.

7.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:
a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização
b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário
c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CIRURGIAS 2.0 (C2.0)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1. Desde que contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, uma indenização em caso de realização de procedimento cirúrgico invasivo coberto em consequência de acidente pessoal ou doença, ocorrido exclusivamente durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3. Para que seja considerada como risco coberto, a cirurgia a ser indenizada, deverá ser determinada por médico habilitado e comprovada sua finalidade médica por meio da documentação obrigatória.

1.4. Em caso de múltiplos procedimentos da listagem dos procedimentos ou patologias cobertos, realizados durante um período contínuo de internação hospitalar, ou durante o mesmo tempo cirúrgico, será paga a soma dos percentuais dos procedimentos realizados, limitada ao capital segurado vigente no momento do sinistro.

1.5. Esta cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 70 (setenta) anos de idade. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

1.6. A cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% do capital segurado contratado. A utilização de 100% do capital segurado, acarretará o cancelamento da cobertura.

1.7. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base a tabela ordenada pelo Código TUSS denominada Lista de Procedimentos Cobertos, que consta no Anexo I deste documento, com a informação dos procedimentos cobertos e os seus respectivos percentuais de indenização.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. A**lém das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:**

a) biópsia cerebral ou cirurgia da glândula pituitária;
b) biópsia pulmonar;
c) cirurgia para remover material implantado em uma cirurgia anterior;

d) cirurgias relacionadas à maternidade, aborto, parto, parto normal, cesárea e/ou suas complicações;
e) cirurgias relacionadas ao nariz e/ou seios paranasais, exceto aquelas resultantes de um acidente coberto pela apólice;
f) condições congênitas;
g) controle de natalidade, fertilidade, esterilidade, disfunção erétil, doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis;
h) consumo, diagnóstico, tratamento médico ou cirúrgico e/ou suas complicações em relação a tabagismo, alcoolismo ou dependência de drogas, inclusive acidentes durante diminuição de capacidades físicas ou mentais;
i) diagnósticos realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos não legalmente qualificados; e;
j) internações/ cirurgias não clinicamente necessárias;
k) procedimentos cirúrgicos por tentativa de suicídio ou lesão auto infligida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou renovação do contrato, quando suspenso, contados a partir do início do período de seguro;
l) procedimentos cosméticas, estéticas, plásticas e/ou reconstrutivas e quaisquer de suas complicações, exceto as decorrentes de acidente coberto pela apólice;
m) procedimentos diagnósticos, como biópsias;
n) procedimentos paliativos;
o) procedimentos experimentais ou que não são aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;
p) procedimentos não invasivos (ex: cirurgia a laser);
q) procedimentos relacionados à obesidade mórbida, redução de peso, mudança de sexo, esterilização, calvície e impotência sexual;
r) procedimentos relacionados ao tratamento de diálise e insuficiência renal;
s) procedimentos realizados em locais não autorizados para realização;
t) procedimentos reparadores em lesões existentes anteriormente à contratação;
u) qualquer transplante realizado como doador;
v) tratamento cirúrgico devido a artroscopia (inclusive);
w) tratamento ou cirurgias dentárias, extração alveolar, gengival e dentária;
x) tratamentos médicos ou cirúrgicos destinados a corrigir miopia, astigmatismo, presbiopia, hipermetropia e catarata;
y) tratamento ambulatorial (qualquer consulta médica ou cirúrgica, investigação ou procedimento realizado que não exija a hospitalização e o uso de uma sala e cirurgia);
z) qualquer procedimento diferente daqueles listados na relação de procedimentos cobertos.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento coberto a data da cirurgia.

3.4. Não haverá reintegração do capital segurado após evento coberto, ficando o saldo remanescente para ser utilizado em futuros eventos cobertos durante a vigência da cobertura.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1. **A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.**

4.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. **A cobertura de Cirurgias 2.0 ficará sujeita ao período de carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

5.2. **Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.**

5.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.4. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

5.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.6. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Cirurgias, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	7,1%	5,2%
20	7,1%	5,2%
21	7,1%	5,2%
22	7,2%	5,2%
23	7,2%	8,1%
24	7,2%	6,7%
25	7,2%	6,7%
26	7,2%	6,7%
27	7,3%	5,2%
28	7,3%	6,8%
29	7,3%	5,2%
30	7,3%	5,2%
31	7,4%	5,2%
32	5,7%	3,7%
33	2,5%	3,8%
34	1,1%	3,8%
35	2,7%	3,8%
36	1,4%	3,8%
37	4,3%	3,8%
38	1,7%	3,8%
39	3,1%	3,9%
40	5,7%	3,9%
41	5,7%	3,9%
42	5,7%	3,9%
43	5,7%	5,2%

Idade	Homem	Mulher
44	5,7%	5,2%
45	5,7%	5,2%
46	5,7%	5,2%
47	5,7%	5,2%
48	5,7%	5,2%
49	5,7%	5,2%
50	5,7%	5,2%
51	5,7%	5,2%
52	5,7%	5,2%
53	5,7%	5,2%
54	5,7%	5,2%
55	5,7%	5,2%
56	5,7%	5,2%
57	5,7%	5,2%
58	5,7%	5,2%
59	5,7%	5,2%
60	5,7%	5,2%
61	5,7%	5,2%
62	5,7%	5,2%
63	5,7%	5,2%
64	5,7%	5,2%
65	5,7%	5,2%
66	5,7%	5,2%
67	5,7%	5,2%
68	5,7%	5,2%
69	5,7%	5,2%

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à **CLÁUSULA 19 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:**

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;

- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Relatório do médico assistente confirmando a realização do procedimento cirúrgico com definição técnica e código da tabela TUSS, constando o nome do segurado, o nome do hospital, e data do procedimento

c) Cópia integral de todos os laudos de exames realizados, que comprovem e fundamentem a doença ou acidente motivadora da cirurgia, incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis.

7.4. Em caso de acidente, além dos documentos acima enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

c) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes.

7.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio.

CLÁUSULA 8 – RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RUPTURAS E FRATURAS (REF)

CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES

1.1. Além das definições constantes na **CLÁUSULA 3 – DEFINIÇÕES** das Condições Gerais, serão consideradas as seguintes definições:

a) **Fratura Completa:** fratura em que o osso se quebra em dois ou mais fragmentos. É quando acontece a separação total das partes fraturadas – o traço da fratura atravessa o osso de um lado ao outro, rompendo as duas corticais ósseas.

b) **Fratura Incompleta ou Fissura Óssea:** fratura em que não há separação total das partes - o traço de quebra rompe apenas uma das corticais, enquanto a cortical oposta permanece inteira ou apenas dobra ou se curva.

c) **Fratura Patológica:** aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, como tumor ósseo, metástase de tumores, osteomielite, doenças do metabolismo ósseo entre outras. São causadas por um grau de esforço que, se não fosse a área enfraquecida por uma doença, não resultaria em uma fratura.

d) **Fratura por Estresse**: fratura resultante de um número repetitivo de movimentos em determinada região. Pode causar fadiga e desbalanço da atuação dos osteoblastos e osteoclastos e favorecer a ruptura óssea.

e) **Luxação**: é uma separação entre ossos que formam uma articulação, ou seja, quando um osso sai de sua posição anatômica correta.

f) **Osteoporose**: condição metabólica óssea caracterizada pela perda progressiva de densidade óssea.

g) **Fratura com Afundamento:** fratura onde parte do osso se desloca para dentro da cavidade.

h) **Fratura sem Afundamento:** fratura onde o osso não se desloca para dentro da cavidade.

i) **Distensão/Estiramento de Tendão ou Ligamento:** lesão de baixo grau caracterizada por microlesões nas fibras colágenas ou alongamento excessivo do tendão ou ligamento, sem evidência de ruptura estrutural significativa e com preservação da continuidade funcional.

j) **Ruptura Parcial do Tendão:** lesão tendínea que envolve o rompimento incompleto das fibras (grau I e/ou grau II), com comprometimento parcial da integridade estrutural e funcional do tendão, limitação de movimento e fraqueza muscular local.

k) **Ruptura Total do Tendão:** lesão de alta gravidade caracterizada pela disjunção completa das fibras tendíneas (grau III), com perda total da continuidade anatômica e consequente deficiência funcional significativa ou completa da unidade músculo-tendínea envolvida.

l) **Espessamento do Tendão:** alteração morfológica caracterizada por aumento do diâmetro tendíneo.

m) **Degeneração do Tendão:** Processo patológico crônico, que se caracteriza por desorganização das fibras colágenas, redução da vascularização e substituição do tecido normal por matriz anormal, resultando em enfraquecimento estrutural.

n) **Entorse do Ligamento Parcial:** Lesão ligamentar causada por um estiramento excessivo ou rompimento parcial (grau I e/ou grau II, leve e/ou moderada) do ligamento que estabiliza uma articulação.

o) **Ruptura Total do Ligamento:** Lesão ligamentar causada por um rompimento/ruptura total (grau III, grave), caracterizada pela perda completa da continuidade do tecido ligamentar que estabiliza uma articulação.

CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

2.1. Desde que contratada, esta cobertura garante ao Segurado, indenização proporcional para os eventos cobertos de fraturas ósseas – completas e incompletas, rupturas totais de tendões e rupturas totais de ligamentos **previstos na tabela constante do item 2.2, desde que decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado, Cláusula de Proporcionalidade de Indenização, Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

2.2. Eventos cobertos:

Tipo	Fraturas/Rupturas Cobertas (apenas uma indenização por linha)	% de Indenização
Osso	Fratura com Afundamento do Crânio - independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas	100%
	Fratura Completa em Vértebra Cervical (C1 a C7) - independentemente se uma ou mais vértebras	100%
	Fratura Completa em Vértebra Torácica (T1 a T12) - independentemente se uma ou mais vértebras	100%
	Fratura Completa em Vértebra Lombar (L1 a L5) - independentemente se uma ou mais vértebras	100%
	Fratura do Ílio	80%
	Fratura do Púbis	80%
	Fratura do Ísquio	80%
	Fratura sem Afundamento do Crânio - independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas	50%
	Fratura do Fêmur - cada um	50%
	Fratura Pertrocantérica - cada um	50%
	Fratura Subtrocantérica - cada um	50%
	Fratura no Úmero - cada um	40%
	Fratura dos Ossos da Face - independentemente se um ou mais ossos ou partes ósseas	40%
	Fratura do Omoplata (Escápula) - cada um	40%
	Fratura da Clavícula - cada uma	30%
	Fratura Incompleta em Vértebra Cervical (C1 a C7) - independentemente se uma ou mais vértebras	30%
	Fratura Incompleta em Vértebra Torácica (T1 a T12) - independentemente se uma ou mais vértebras	30%
	Fratura Incompleta em Vértebra Lombar (L1 a L5) - independentemente se uma ou mais vértebras	30%
	Fratura na Tíbia - cada uma	30%
	Fratura do Perônio (Fíbula) - cada um	30%
	Fratura do Cúbito (Ulna) - cada um	25%
	Fratura no Rádio - cada um	25%
	Fratura da Rótula (Patela) - cada uma	25%

	Fratura do Esterno	25%
	Fratura de Ossos do Metacarpo - independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas de uma mesma mão	15%
	Fratura de Ossos do Carpo - independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas de uma mesma mão/pulso	15%
	Fratura do Calcâneo - cada um	15%
	Fratura de Ossos do Metatarso - independentemente se um ou dois ossos ou partes ósseas de um mesmo pé	15%
	Fratura de Outros Ossos do Tarso (exceto Calcâneo e Astrágalo/Tálus) - independentemente se um ou mais ossos	15%
	Fratura da Costela - cada uma	15%
	Fratura do Sacro (S1 a S5) - independentemente se uma ou mais vértebras sacrais	10%
	Fratura do Cóccix (Co1 a Co4) -independentemente se uma ou mais vértebras coccígeas	10%
	Fratura do Astrágalo (ou tálus) - cada um	10%
	Fratura do Acetábulo	10%
	Fratura do Maléolo Medial	10%
	Fratura do Maléolo Lateral	10%
	Fratura de pelo menos 2 dedos (falanges proximais ou médias) de cada uma das mãos	5%
	Fratura de pelo menos 2 dedos (falanges proximais ou médias) de cada um dos pés	5%
Tendão	Ruptura Total de Tendões do Quadril - independente se um ou mais tendões	20%
	Ruptura Total de Tendões do Manguito Rotador do Ombro - independente se um ou mais tendões	10%
	Ruptura Total do Tendão da Cabeça Longa do Bíceps Branquial	10%
	Ruptura Total do Tendão do Tríceps Branquial	10%
	Ruptura Total do Tendão do Quadríceps	10%
	Ruptura Total de Tendão Adutor da Coxa - independente se um ou mais tendões	10%
	Ruptura Total do Tendão Calcâneo (Aquiles)	10%
	Ruptura Total do Tendão Patelar	10%
	Ruptura Total do Tendão Tibial Posterior	10%
	Ruptura Total do Tendão Flexor Superficial dos Dedos	5%
Ligamento	Ruptura Total do Ligamento Cruzado do Joelho - LCA e/ou LCP	10%
	Ruptura Total do Ligamento Colateral do Joelho - LCM e/ou LCL	5%
	Ruptura Total de Ligamentos Colateral do Cúbito (Ulna) - Feixe anterior, posterior e/ou transverso)	5%
	Ruptura Total do Ligamento Colateral do Rádio - Radial do Cotovelo e/ou Anular do Rádio	5%

2.3. Considera-se o evento coberto de Ruptura Total de Tendões do Quadril quando houver a

ruptura total de um ou mais dos seguintes tendões: Glúteo (Máximo, Médio ou Mínimo), Iliopsoas, Piriforme, Obturador (Interno ou Externo), Gêmeo (Superior ou Inferior) e Quadrado Femoral, não abrangendo quaisquer outros tendões não listados.

2.4. Considera-se o evento coberto de Ruptura Total de Tendões do Manguito Rotador do Ombro quando houver a ruptura total de um ou mais dos seguintes tendões: Supraespinal, Infraespinal, Subescapular e Redondo Menor, não abrangendo quaisquer outros tendões não listados.

2.5. Considera-se o evento coberto de Ruptura Total do Tendão Adutor da Coxa quando houver a ruptura total de um ou mais dos seguintes tendões: Adutor Longo, Adutor Breve, Adutor Magno, Grácil e Pectíneo, não abrangendo quaisquer outros tendões não listados.

2.6. Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

2.7. Para que seja considerada como risco coberto, as fraturas ósseas, rupturas totais de tendões e rupturas totais de ligamentos, deverão ser determinadas por médico habilitado e comprovada por meio da documentação obrigatória para regulação do sinistro.

2.8. A indenização será limitada ao valor previsto para o osso ou grupo de ossos ou tendão ou ligamento indicado em cada linha da tabela de eventos cobertos do item 2.2 dessas Condições Contratuais, independentemente da quantidade de fraturas e rupturas ocorridas no mesmo osso ou grupo ósseo ou tendão ou ligamento.

2.9. A indenização a ser recebida não depende da quantidade de rupturas totais ou fraturas ocorridas no mesmo tendão, ligamento, osso ou grupo de ossos informados em cada linha da tabela.

2.10. Não há limite de eventos cobertos durante a vigência do seguro, no entanto, a cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% do capital segurado contratado disponível, somando indenizações de eventos cobertos ocorridos no período de 12 meses contados a partir do início da vigência e do último aniversário da apólice. Em hipótese alguma o capital segurado poderá exceder este limite.

2.11. Esta cobertura será cancelada na data do primeiro aniversário da apólice posterior à data em que o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade. No caso de a apólice só conter esta cobertura, o encerramento da cobertura acarretará o cancelamento da apólice.

CLÁUSULA 3 - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Fraturas ou rupturas produzidas como consequência imediata ou mediada por osteoporose;
b) Fraturas ou rupturas patológicas e congênitas, entendidas como aquelas em que há uma ruptura do osso ou dos tendões em decorrência da perda de sua resistência

normal como consequência de uma doença e que pode ocorrer inclusive durante as atividades normais (por exemplo, tumores ósseos, doenças do metabolismo);

c) Fratura de ossos decorrentes, resultantes ou derivadas de doenças prévias e de conhecimento da pessoa segurada e não declaradas antes do início da cobertura do seguro, na proposta de contratação;

d) Fraturas ou rupturas por estresse de forma geral, completas ou incompletas ou parciais;

e) Fratura ou quebra de dentes e ossos nasais;

f) Acidentes e respectivos desdobramentos ocorridos antes da contratação do seguro, ainda que se manifestem durante a vigência;

g) Intercorrências, complicações, fraturas, rompimentos ou rupturas consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos, cirúrgicos ou procedimentos odontológicos;

h) Amputação;

i) Estiramentos ou Rupturas ou Entorses ou Distensões considerados: leve/moderada/parcial/incompleta/grau I/ grau II do tendão e/ou ligamento e que não caracterize Ruptura Total do Tendão ou Ruptura Total do Ligamento, conforme CLÁUSULA 1 – DEFINIÇÕES desta Condição Contratual;

j) Espessamento do tendão e/ou degeneração do tendão e/ou ligamento.

k) Ruptura e/ou lesão e/ou estiramento e/ou distensão de qualquer grau/nível no músculo;

l) Luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza;

m) Fraturas e rupturas totais ocorridas nas falanges distais das mãos e/ou dos pés;

n) Qualquer evento não incluído na lista de condições cobertas ou diagnósticos cobertos;

o) Fraturas ou rupturas que tenham sido causadas direta ou indiretamente, total ou parcial, das seguintes situações:

I. Acidentes causados por participação em:
- Navegação aérea não realizada em linhas aéreas comerciais;
- Testes ou corridas de velocidade, resistência ou segurança em veículos de qualquer tipo;

II. Tentativa de suicídio ou autolesões voluntárias, mesmo quando cometido em estado de alienação mental.

III. Lesões sofridas por culpa do Segurado como consequência de estar sob efeitos de álcool ou por uso de drogas, estimulantes e/ou soníferos, exceto se foram prescritos por um médico autorizado para o exercício profissional.

IV. Psicopatias transitórias ou permanentes, a menos que qualquer de tais fatos aconteçam como consequência imediata de um Acidente ou do tratamento das lesões por ele produzidas.

CLÁUSULA 4 - CAPITAL SEGURADO

4.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

4.2. Para fins de indenização serão pagos os valores conforme percentual do Capital Segurado vigente na data do evento, sob a forma de parcela única. O percentual irá variar por evento

coberto conforme definido no item 2.2 destas Condições Contratuais.

4.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerado como a data do evento, a data na qual ocorreu a fratura óssea ou ruptura total do tendão ou ruptura total do ligamento, caracterizado como Evento Coberto, independentemente da data de diagnóstico, realização de exames ou procedimentos médicos.

4.4. O percentual indicado corresponde ao capital segurado total que será indenizado quando a ocorrência corresponder de forma exata às circunstâncias descritas em cada linha da tabela. É necessário levar em conta inclusive quando a descrição considerar a fratura simultânea em mais de um osso.

4.5. Caso ocorra mais de uma ruptura ou fratura causada por um mesmo Acidente Pessoal coberto, o valor total do Capital Segurado a ser pago será o somatório dos valores correspondentes a cada ruptura total ou fratura de ossos ou grupo de ossos cobertos, estabelecidos no item 2.2 destas Condições Especiais e limitado ao Capital Segurado contratado e disponível. Em hipótese alguma a indenização irá exceder este limite.

4.6. O Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado de forma automática para seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses contados a partir do seu início de vigência.

4.7. Caso não haja pagamento de indenização no período de vigência, o capital segurado não será acumulado para novas vigências.

CLÁUSULA 5 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

5.1. **A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.**

5.2. A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 6 – PROPORCIONALIDADE DE INDENIZAÇÃO

6.1. **Considerando que o risco segurado apresenta variação em sua maturação ao longo do tempo de vigência do contrato, a indenização devida para eventos cobertos cujo acidente ocorra após o início de vigência do seguro observará os seguintes critérios de proporcionalidade, aplicáveis exclusivamente ao cálculo do valor indenizável:**

- **Do início de vigência até o 30º (trigésimo) dia: indenização correspondente a 25% do percentual previsto para a cobertura afetada;**

- **A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de vigência: indenização correspondente a 100% do percentual previsto para a cobertura afetada.**

6.2. **A aplicação da proporcionalidade prevista nesta cláusula constitui critério atuarial de determinação do valor indenizável, não implicando suspensão de cobertura,**

limitação temporal de direitos ou estabelecimento de prazo de carência, permanecendo garantido à Seguradora o direito de recusa de cobertura para acidentes ocorridos anteriormente ao início de vigência do seguro, bem como nos casos de preexistência, omissão de informações ou fraude, nos termos da legislação aplicável.

6.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo período de Proporcionalidade de Indenização.

6.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as condições desta cláusula, estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 7 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

7.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

7.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Rupturas e Fraturas, de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	-	-
19	0,00%	0,00%
20	0,00%	0,00%
21	0,00%	0,00%
22	0,00%	0,00%
23	0,00%	0,00%
24	0,00%	0,00%
25	0,00%	0,00%
26	0,00%	0,00%
27	0,00%	0,00%
28	0,00%	0,00%
29	0,00%	0,00%
30	0,00%	0,00%
31	0,00%	0,00%
32	0,00%	0,00%
33	0,00%	0,00%
34	0,00%	0,00%
35	0,00%	0,00%
36	0,00%	0,00%
37	0,00%	0,00%
38	0,00%	0,00%
39	0,00%	0,00%
40	0,00%	0,00%
41	0,00%	0,00%
42	0,00%	0,00%
43	0,00%	0,00%
44	0,00%	0,00%
45	0,00%	0,00%
46	0,00%	0,00%

Idade	Homem	Mulher
47	0,00%	0,00%
48	0,00%	0,00%
49	0,00%	0,00%
50	0,00%	0,00%
51	3,38%	3,38%
52	3,40%	3,40%
53	3,42%	3,42%
54	3,44%	3,44%
55	3,46%	3,46%
56	3,48%	3,48%
57	3,50%	3,50%
58	3,51%	3,51%
59	3,53%	3,53%
60	3,54%	3,54%
61	3,56%	3,56%
62	3,58%	3,58%
63	3,59%	3,59%
64	3,61%	3,61%
65	3,62%	3,62%
66	3,63%	3,63%
67	3,65%	3,65%
68	3,66%	3,66%
69	3,67%	3,67%
70	3,68%	3,68%
71	3,69%	3,69%
72	3,70%	3,70%
73	3,71%	3,71%
74	3,73%	3,73%

CLÁUSULA 8 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

8.1. Em complemento à **CLÁUSULA 19 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão**

ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

8.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

8.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial, contendo registros clínicos, relatórios de procedimentos, evoluções, prescrições e demais informações necessárias para a análise da emergência médica;

c) Exames de imagem comprobatórios (como raio-X, tomografia ou outros exames equivalentes) onde as imagens apresentadas precisam estar nítidas, completas e legíveis, acompanhados do respectivo laudo médico, contendo a descrição e localização da fratura óssea, ruptura total do tendão ou ruptura total do ligamento coberto, a data da ocorrência da lesão, mecanismo de produção e a classificação da lesão, devendo o evento ser caracterizado pelo médico habilitado como Agudo, Subagudo ou Crônico. Incluindo resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis.

8.4. Em caso de acidente automobilístico ou de trabalho, além dos documentos acima, será necessário enviar a seguinte documentação:

a) Boletim de Ocorrência Policial, que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado/sinistrado for o condutor do veículo no momento do acidente, a fim de comprovar sua habilitação regular para a condução;

c) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes;

d) Laudo do exame toxicológico e alcoólico, se realizado.

8.5. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário:

a) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário, necessários para o processamento da indenização;

b) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário;

c) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário, que permita verificar seu domicílio.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL (AFI)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1 Desde contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, a prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2 Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3 **A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais**.

1.4 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.

1.5 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo**.

1.6 **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior**.

1.7 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado;
- CPF;

1.8 Confirmados os dados do Segurado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.9 Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:

- **Declaração de óbito (ou certidão de óbito);**

- **RG e CPF do segurado;**

1.10 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna**: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo**: carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu**: véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela**: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação**: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km totais (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- **Documentação**: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores**: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo**: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, embalsamento e tanatopraxia. Também será disponibilizado serviço de necromaquiagem e vestimenta (ato de vestir). Os serviços de embalsamento e tanatopraxia só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito ou se necessário devido ao estágio de decomposição do corpo.
- **Presença**: livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros**: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento**: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo**: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- **Traslado Nacional e Internacional:** A prestadora providenciará as formalidades para a liberação do corpo ou cinzas, bem como do traslado do corpo, sem limitação de quilometragem, até o local de sepultamento/cremação, definido pelos familiares ou no município de residência do titular. O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que este se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e, desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o seu traslado, conforme legislação e normas vigentes. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação

da família do cliente (a).

- **Transporte de Familiar para Liberação do Corpo**: Caso o falecimento ocorra fora do município de residência do cliente e seja necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado. Se necessário, será fornecida também hospedagem em hotel, sempre respeitando o limite total disponível para a prestação dos serviços de funeral.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Aquisição de jazigo;
b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
c) Sepultamento de membros.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2 A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. Para os eventos decorrentes de morte natural, doenças ou Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

5.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Assistência Funeral Individual (AFI), de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,00%	0,00%
19	19,40%	25,00%
20	8,40%	17,90%
21	0,10%	10,50%
22	0,00%	6,60%
23	0,00%	2,70%
24	0,00%	0,00%
25	0,00%	0,00%
26	0,00%	1,90%
27	0,00%	3,30%
28	0,00%	5,10%
29	1,30%	5,20%
30	1,60%	5,60%
31	2,10%	5,40%
32	2,50%	5,90%
33	3,60%	7,00%
34	2,80%	7,30%
35	3,00%	7,50%
36	4,10%	6,10%
37	6,70%	6,40%
38	4,40%	6,60%
39	3,90%	8,00%
40	5,40%	9,10%
41	7,00%	10,60%
42	8,40%	9,80%
43	6,50%	9,10%
44	7,10%	7,90%
45	7,00%	8,10%

Idade	Homem	Mulher
46	7,90%	8,30%
47	8,40%	9,90%
48	10,00%	10,20%
49	8,40%	10,10%
50	11,80%	8,90%
51	11,30%	8,60%
52	11,50%	7,40%
53	10,80%	7,40%
54	7,80%	8,00%
55	9,90%	9,10%
56	8,40%	9,30%
57	9,50%	9,30%
58	7,20%	9,30%
59	10,40%	9,20%
60	9,00%	9,40%
61	9,20%	9,00%
62	7,10%	8,90%
63	8,40%	8,00%
64	8,90%	8,00%
65	7,80%	7,20%
66	7,70%	7,70%
67	6,40%	7,60%
68	8,70%	8,30%
69	7,40%	8,20%
70	9,40%	8,70%
71	10,40%	8,30%
72	11,90%	9,00%
73	12,00%	8,60%

Idade	Homem	Mulher
74	10,40%	11,20%
75	6,50%	10,90%
76	9,40%	11,50%
77	9,70%	9,80%
78	11,20%	11,20%
79	7,70%	11,30%
80	11,50%	12,10%
81	10,30%	12,60%
82	11,00%	13,20%
83	8,80%	12,70%
84	8,90%	11,70%
85	11,40%	12,50%
86	9,60%	12,20%
87	11,20%	11,40%
88	8,00%	10,10%
89	11,00%	10,90%
90	6,70%	11,40%
91	6,40%	10,80%
92	8,10%	11,50%
93	8,10%	12,40%
94	8,10%	10,60%
95	8,10%	11,20%
96	8,10%	11,30%
97	8,10%	10,50%
98	8,10%	9,60%
99	8,10%	9,80%
100	8,10%	7,90%

6.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 18 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado sinistrado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado/Sinistrado

c) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com informações técnicas as datas de diagnósticos das doenças que causaram o óbito em caso de morte natural

7.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário (trata-se do tomador informado na nota fiscal de serviços, ou seja, quem realizou o pagamento das despesas do funeral):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Beneficiário/Tomador;

b) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário /tomador, necessários para o processamento da indenização

c) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário/tomador

d) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário /tomador, que permita verificar seu domicílio;

e) Notas fiscais originais e seus respectivos comprovantes de pagamento, das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos, para comprovar os gastos realizados.

CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

8.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

8.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

8.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

8.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 8.2.1 desta cláusula;

8.2.3. Se a quantia a que se refere o item 8.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o Beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

8.2.4. Se a quantia estabelecida no item 8.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL + PAIS (AFIP)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1 Desde contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, a prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado e de seus Pais, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2 Para todos os fins desta Cobertura, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3 **A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais**.

1.4 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.

1.5 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo**.

1.6 **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior**.

1.7 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado/Sinistrado;
- CPF;

1.8 Confirmados os dados do Segurado/Sinistrado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.9 Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado/sinistrado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:

- **Declaração de óbito (ou certidão de óbito);**
- **RG e CPF do segurado;**

1.10 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna**: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo**: carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu**: véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela**: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação**: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km totais (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- **Documentação**: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores**: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo**: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, embalsamento e tanatopraxia. Também será disponibilizado serviço de necromaquiagem e vestimenta (ato de vestir). Os serviços de embalsamento e tanatopraxia só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito ou se necessário devido ao estágio de decomposição do corpo.
- **Presença**: livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros**: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento**: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo**: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- **Traslado Nacional e Internacional:** A prestadora providenciará as formalidades para a liberação do corpo ou cinzas, bem como do traslado do corpo, sem limitação de quilometragem, até o local de sepultamento/cremação, definido pelos familiares ou no município de residência do titular. O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que este se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e, desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o seu traslado, conforme legislação e normas vigentes. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: A Assistência transmitirá mensagens de

caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).

- **Transporte de Familiar para Liberação do Corpo**: Caso o falecimento ocorra fora do município de residência do cliente e seja necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado. Se necessário, será fornecida também hospedagem em hotel, sempre respeitando o limite total disponível para a prestação dos serviços de funeral.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Aquisição de jazigo;
b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
c) Sepultamento de membros

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2 A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. Para a cobertura de Assistência Funeral Individual + Pais ficará sujeita ao período de carência de 120 (cento e vinte) dias aplicáveis somente aos Pais.

5.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

5.3. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Assistência Funeral Individual + Pais (AFIP), de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,00%	0,00%
19	12,16%	11,58%
20	10,27%	10,94%
21	7,26%	8,59%
22	8,27%	9,42%
23	6,80%	8,18%
24	7,48%	8,35%
25	6,31%	6,86%
26	8,65%	9,31%
27	8,16%	8,82%
28	8,39%	9,07%
29	7,27%	7,65%
30	8,18%	8,55%
31	8,57%	8,90%
32	7,93%	8,20%
33	7,83%	8,05%
34	6,97%	7,22%
35	8,19%	8,44%
36	7,43%	7,56%
37	8,62%	8,65%
38	9,29%	9,45%
39	10,23%	10,46%
40	10,62%	10,81%
41	9,67%	9,81%
42	7,20%	7,23%
43	8,97%	9,07%
44	9,41%	9,46%
45	10,29%	10,36%

Idade	Homem	Mulher
46	8,68%	8,70%
47	11,22%	11,29%
48	10,62%	10,63%
49	10,57%	10,64%
50	9,59%	9,49%
51	9,67%	9,59%
52	11,57%	11,47%
53	10,51%	10,42%
54	11,71%	11,76%
55	9,53%	9,51%
56	11,12%	11,18%
57	8,63%	8,62%
58	8,33%	8,39%
59	9,32%	9,28%
60	8,84%	8,85%
61	9,13%	9,13%
62	9,26%	9,33%
63	9,11%	9,11%
64	9,37%	9,35%
65	9,71%	9,72%
66	9,06%	9,07%
67	9,27%	9,32%
68	9,39%	9,39%
69	9,04%	9,07%
70	8,78%	8,76%
71	8,90%	8,84%
72	8,14%	8,03%
73	8,26%	8,14%

Idade	Homem	Mulher
74	8,21%	8,20%
75	8,07%	8,19%
76	8,17%	8,21%
77	8,19%	8,17%
78	8,24%	8,20%
79	8,12%	8,21%
80	8,25%	8,23%
81	8,21%	8,25%
82	8,24%	8,27%
83	8,16%	8,26%
84	8,16%	8,24%
85	8,16%	8,24%
86	8,16%	8,24%
87	8,16%	8,24%
88	8,16%	8,24%
89	8,16%	8,24%
90	8,16%	8,24%
91	8,16%	8,24%
92	8,16%	8,24%
93	8,16%	8,24%
94	8,16%	8,24%
95	8,16%	8,24%
96	8,16%	8,24%
97	8,16%	8,24%
98	8,16%	8,24%
99	8,16%	8,24%
100	8,16%	8,24%

6.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 18 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;

b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;

c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;

d) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

Em caso de a pessoa sinistrada ser o pai ou mãe do segurado titular:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do sinistrado;

b) Certidão de nascimento do segurado titular que comprove o vínculo familiar com o sinistrado.

7.3. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado/Sinistrado;

c) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com -

7.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário (trata-se do tomador informado na nota fiscal de serviços, ou seja, quem realizou o pagamento das despesas do funeral):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Beneficiário/Tomador;

b) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário /tomador, necessários para o processamento da indenização

c) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário/tomador

d) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário /tomador, que permita verificar seu domicílio;

e) Notas fiscais originais e seus respectivos comprovantes de pagamento, das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços

adquiridos, para comprovar os gastos realizados.

CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

8.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

8.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

8.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

8.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 8.2.1 desta cláusula;

8.2.3. Se a quantia a que se refere o item 8.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o Beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

8.2.4. Se a quantia estabelecida no item 8.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1 Desde contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, a prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado ou seus Familiares, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2 Para todos os fins desta Apólice, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3 **Entende-se como Familiares, o cônjuge ou companheiro legalmente reconhecido e os filhos menores de 21 (vinte e um) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade, sendo necessária a comprovação do vínculo familiar no momento do Aviso do Sinistro.**

1.3.1 Enteados são equiparados aos filhos menores de 21 (vinte e um) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade, sendo necessária a comprovação da filiação do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada no momento do Aviso do Sinistro.

1.4 Esta cobertura é extensiva aos filhos natimortos, quando houver a necessidade de realização do sepultamento.

1.5 **A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.**

1.6 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.

1.7 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado ou Familiares, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo**.

1.8 **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.**

1.9 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na

Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado ou Familiares;
- CPF;

1.10 Confirmados os dados do Segurado ou Familiares e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.11 **Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o Beneficiário deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes** documentações:

- **Declaração de óbito (ou certidão de óbito);**
- **RG e CPF do segurado ou familiares;**

1.12 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna**: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo**: carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu**: véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela**: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação**: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km totais (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- **Documentação**: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores**: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo**: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, embalsamento e tanatopraxia. Também será disponibilizado serviço de necromaquiagem e vestimenta (ato de vestir). Os serviços de embalsamento e tanatopraxia só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito ou se necessário devido ao estágio de decomposição do corpo.
- **Presença**: livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros**: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento**: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo**: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.
- **Traslado Nacional e Internacional:** A prestadora providenciará as formalidades para a liberação do corpo ou cinzas, bem como do traslado do corpo, sem limitação

de quilometragem, até o local de sepultamento/cremação, definido pelos familiares ou no município de residência do titular. O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que este se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e, desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o seu traslado, conforme legislação e normas vigentes. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).
- **Transporte de Familiar para Liberação do Corpo**: Caso o falecimento ocorra fora do município de residência do cliente e seja necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado. Se necessário, será fornecida também hospedagem em hotel, sempre respeitando o limite total disponível para a prestação dos serviços de funeral.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Aquisição de jazigo;
b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
c) Sepultamento de membros.

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2 A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. **Para os eventos decorrentes de morte natural, doenças ou Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.**

5.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.3. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.1. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.2. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Assistência Funeral Familiar (AFF), de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,0%	0,0%
19	14,5%	13,9%
20	7,4%	8,0%
21	1,3%	2,6%
22	0,9%	1,7%
23	0,0%	0,0%
24	0,0%	0,0%
25	0,0%	0,0%
26	0,0%	0,3%
27	0,0%	0,5%
28	0,0%	1,0%
29	1,7%	2,2%
30	1,9%	2,5%
31	2,2%	2,7%
32	2,5%	3,0%
33	3,5%	3,9%
34	3,1%	3,8%
35	3,3%	4,0%
36	3,7%	4,0%
37	5,4%	5,2%
38	4,1%	4,4%
39	4,1%	4,8%
40	5,3%	5,9%
41	6,7%	7,3%
42	7,5%	7,7%
43	6,3%	6,7%
44	6,4%	6,5%
45	6,4%	6,6%
46	7,1%	7,1%
47	7,9%	8,2%
48	9,0%	9,0%
49	8,1%	8,4%
50	10,0%	9,3%
51	9,6%	9,0%
52	9,5%	8,5%
53	9,1%	8,3%
54	7,4%	7,4%
55	9,1%	8,9%
56	8,2%	8,4%
57	9,0%	8,9%
58	7,4%	7,9%
59	9,6%	9,3%
60	8,8%	8,9%
61	8,8%	8,7%
62	7,4%	7,8%
63	8,0%	7,9%
64	8,4%	8,2%
65	7,4%	7,3%
66	7,5%	7,5%
67	6,6%	6,9%
68	8,4%	8,3%
69	7,5%	7,7%
70	9,1%	8,9%
71	9,6%	9,1%
72	10,9%	10,2%
73	10,9%	10,1%
74	10,5%	10,7%
75	7,6%	8,7%
76	9,9%	10,4%
77	9,7%	9,7%
78	11,1%	11,1%
79	8,7%	9,6%
80	11,6%	11,7%
81	10,9%	11,5%
82	11,6%	12,2%
83	10,0%	10,9%
84	9,7%	10,4%
85	11,7%	12,0%
86	10,4%	11,0%
87	11,3%	11,3%
88	8,7%	9,2%
89	10,9%	10,9%
90	8,3%	9,4%
91	7,9%	9,0%
92	9,3%	10,1%
93	9,6%	10,7%
94	9,0%	9,6%
95	9,3%	10,0%
96	9,3%	10,1%
97	9,0%	9,6%
98	8,7%	9,1%
99	8,8%	9,2%
100	8,0%	7,9%

6.3. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos do Segurado / Sinistrado

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio
d) Documento comprobatório do vínculo familiar, quando o sinistro envolver cônjuge ou filhos, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada
e) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

7.5. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado/Sinistrado
c) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado com informações técnicas as datas de diagnósticos das doenças que causaram o óbito em caso de morte natural.

7.6. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário (trata-se do tomador informado na nota fiscal de serviços, ou seja, quem realizou o pagamento das despesas do funeral):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Beneficiário/Tomador;
b) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário /tomador, necessários para o processamento da indenização

c) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário/tomador
d) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário /tomador, que permita verificar seu domicílio;
e) Notas fiscais originais e seus respectivos comprovantes de pagamento, das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos, para comprovar os gastos realizados

CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

8.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

8.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

8.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

8.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 8.2.1 desta cláusula;

8.2.3. Se a quantia a que se refere o item 8.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o Beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

8.2.4. Se a quantia estabelecida no item 8.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR + PAIS E SOGROS (AFF-PS)

CLÁUSULA 1 – RISCOS COBERTOS

1.1 Desde contratada, esta cobertura garante, após o período de carência, a prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso das despesas de funeral no caso da morte do Segurado ou seus Familiares conforme descritos no item 1,3, seus Pais e/ou seus Sogros, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, **respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais**.

1.2 Para todos os fins desta Apólice, considera-se tecnicamente impossível a cobertura que não seja usualmente subscrita pela Seguradora, em razão de sua política interna de aceitação de riscos ou das práticas técnicas do mercado segurador.

1.3 **Entende-se como Familiares, o cônjuge ou companheiro legalmente reconhecido e os filhos menores de 21 (vinte e um) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade, sendo necessária a comprovação do vínculo familiar no momento do Aviso do Sinistro.**

1.3.1 Enteados são equiparados aos filhos menores de 21 (vinte e um) anos ou filhos dependentes legais, conforme critério do Imposto de Renda, de qualquer idade, sendo necessária a comprovação da filiação do cônjuge ou companheiro da pessoa segurada no momento do Aviso do Sinistro.

1.4 Esta cobertura é extensiva aos filhos natimortos, quando houver a necessidade de realização do sepultamento.

1.5 **A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de Morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de Morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas Contratuais.**

1.6 Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.

1.7 No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado ou Familiares, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo**.

1.8 **No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.**

1.9 No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, os

serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na Proposta de Contratação e Apólice) pelos Familiares e/ou Beneficiários, que solicitará as seguintes informações:

- Nome do Segurado ou Familiares ou Sinistrados;
- CPF;

1.10 Confirmados os dados do Segurado ou Familiares e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.

1.11 **Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o Beneficiário deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes** documentações:

- **Declaração de óbito (ou certidão de óbito);**
- **RG e CPF do segurado ou familiares ou sinistrados;**

1.12 O Serviço de Assistência Funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- **Urna**: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo.
- **Veículo**: carro fúnebre dentro do município de residência.
- **Véu**: véu simples para cobrir o corpo.
- **Capela**: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.
- **Cremação**: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação num raio máximo de 100 km totais (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- **Documentação**: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.
- **Flores**: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Preparação do Corpo:** barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, embalsamento e tanatopraxia. Também será disponibilizado serviço de necromaquiagem e vestimenta (ato de vestir). Os serviços de embalsamento e tanatopraxia só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito ou se necessário devido ao estágio de decomposição do corpo.
- **Presença**: livro ou folha para assinaturas.
- **Parâmetros**: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.
- **Sepultamento**: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- **Jazigo**: Caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a Seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da

Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.

- **Traslado Nacional e Internacional:** A prestadora providenciará as formalidades para a liberação do corpo ou cinzas, bem como do traslado do corpo, sem limitação de quilometragem, até o local de sepultamento/cremação, definido pelos familiares ou no município de residência do titular. O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que este se encontrar liberado pelas autoridades competentes, inclusive policiais, e, desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o seu traslado, conforme legislação e normas vigentes. A Assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: A Assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do cliente (a).
- **Transporte de Familiar para Liberação do Corpo**: Caso o falecimento ocorra fora do município de residência do cliente e seja necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado. Se necessário, será fornecida também hospedagem em hotel, sempre respeitando o limite total disponível para a prestação dos serviços de funeral.

CLÁUSULA 2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes na CLÁUSULA 6 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia os seguintes eventos:

a) Aquisição de jazigo;
b) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.
c) Sepultamento de Membros

CLÁUSULA 3 - CAPITAL SEGURADO

3.1. Os Capitais Segurados são definidos na Proposta de Contratação e serão especificados na Apólice de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento.

CLÁUSULA 4 – VIGÊNCIA DA COBERTURA

4.1 A vigência desta cobertura será de 5 (cinco) anos, conforme estabelecido na apólice de seguro.

4.2 A cobertura terá seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 5 – PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. Para a cobertura de Assistência Funeral Familiar + Pais e Sogros, ficará sujeita ao período de carência de 120 (cento e vinte) dias aplicáveis somente aos Pais e Sogros.

5.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto se decorrente de suicídio voluntário ou suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da apólice do seguro.

5.5. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.

5.6. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

5.7. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 6 – REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR MUDANÇA DE IDADE

6.4. Anualmente, na data de aniversário da contratação, ocorrerá o reajuste em função da mudança da idade, observados os critérios indicados na tabela a seguir.

6.5. Os valores indicados abaixo correspondem a variação percentual que deverá ser aplicada sobre a taxa vigente para a cobertura de Assistência Funeral Familiar + Pais e Sogros (AFF-PS), de acordo com a idade e o sexo do segurado.

Idade	Homem	Mulher
Até 18	0,00%	0,00%
19	11,51%	11,36%
20	10,15%	10,30%
21	7,49%	7,80%
22	8,43%	8,70%
23	7,10%	7,43%
24	7,60%	7,81%
25	6,36%	6,49%
26	8,70%	8,86%
27	8,23%	8,39%
28	8,48%	8,64%
29	7,29%	7,38%
30	8,18%	8,28%
31	8,57%	8,65%
32	7,92%	7,99%
33	7,81%	7,86%
34	6,98%	7,04%
35	8,19%	8,26%
36	7,41%	7,44%
37	8,55%	8,56%
38	9,27%	9,31%
39	10,23%	10,29%
40	10,61%	10,66%
41	9,66%	9,69%
42	7,17%	7,18%
43	8,96%	8,98%
44	9,38%	9,39%
45	10,27%	10,29%

Idade	Homem	Mulher
46	8,65%	8,66%
47	11,21%	11,22%
48	10,59%	10,59%
49	10,56%	10,58%
50	9,53%	9,50%
51	9,62%	9,59%
52	11,51%	11,48%
53	10,46%	10,43%
54	11,70%	11,72%
55	9,51%	9,50%
56	11,13%	11,14%
57	8,62%	8,61%
58	8,34%	8,36%
59	9,29%	9,28%
60	8,84%	8,84%
61	9,12%	9,12%
62	9,27%	9,29%
63	9,10%	9,10%
64	9,36%	9,35%
65	9,71%	9,71%
66	9,06%	9,06%
67	9,28%	9,30%
68	9,38%	9,38%
69	9,05%	9,05%
70	8,77%	8,76%
71	8,87%	8,86%
72	8,09%	8,07%
73	8,21%	8,18%

Idade	Homem	Mulher
74	8,20%	8,20%
75	8,12%	8,14%
76	8,18%	8,19%
77	8,18%	8,17%
78	8,22%	8,21%
79	8,15%	8,17%
80	8,24%	8,24%
81	8,22%	8,23%
82	8,25%	8,26%
83	8,19%	8,22%
84	8,19%	8,21%
85	8,19%	8,21%
86	8,19%	8,21%
87	8,19%	8,21%
88	8,19%	8,21%
89	8,19%	8,21%
90	8,19%	8,21%
91	8,19%	8,21%
92	8,19%	8,21%
93	8,19%	8,21%
94	8,19%	8,21%
95	8,19%	8,21%
96	8,19%	8,21%
97	8,19%	8,21%
98	8,19%	8,21%
99	8,19%	8,21%
100	8,19%	8,21%

6.6. Acima de 100 anos de idade, o reenquadramento será de 8,1% ao ano para Homem ou Mulher.

CLÁUSULA 7 - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

7.1. Em complemento à CLÁUSULA 19 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para regulação de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, que poderá solicitar cópias autenticadas, os seguintes documentos mínimos e elementos necessários:

7.2. Documentos mínimos do Segurado:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Segurado;
b) Formulário de aviso de sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o sinistro com a validação das informações prestadas;
c) Comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio
d) Documento comprobatório do vínculo familiar, quando o sinistro envolver cônjuge ou filhos, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada
e) Autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s)

tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado.

Em caso de a pessoa sinistrada ser o cônjuge ou filhos:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do sinistrado;
b) Documento comprobatório do vínculo familiar, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada.

Em caso de a pessoa sinistrada ser o pai ou mãe do segurado titular:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do sinistrado;
b) Certidão de nascimento do segurado titular que comprove o vínculo familiar com o sinistrado

Em caso de a pessoa sinistrada ser sogro ou sogra do segurado titular:

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do sinistrado;
b) Documento comprobatório do vínculo familiar do segurado titular com o cônjuge, como certidão de casamento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada;
c) Certidão de nascimento do cônjuge que comprove o vínculo familiar com o sinistrado.

7.7. Documentação Médica Mínima

a) Cópia completa do prontuário médico hospitalar - O prontuário pode ser solicitado diretamente no hospital em que o segurado foi atendido e deve conter, de forma legível, as seguintes informações do paciente, sempre que existirem:

- Evolução médica diária (no caso de internação);
- Evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- Conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas;
- Fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos;

b) Certidão de Óbito que comprove o falecimento do Segurado/Sinistrado;
c) Relatório Médico devidamente preenchido pelo profissional que atendeu o segurado/sinistrado com informações técnicas as datas de diagnósticos das doenças que causaram o óbito em caso de morte natural.

7.8. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a liquidação de Sinistro são:

Documentos mínimos do Beneficiário (trata-se do tomador informado na nota fiscal de serviços, ou seja, quem realizou o pagamento das despesas do funeral):

a) Cópia do RG e CPF ou CNH (com o Nº de ambos os documentos) que permita a identificação do Beneficiário/Tomador;
b) Formulário de Autorização de Pagamento, devidamente preenchido, com dados bancários de titularidade do Beneficiário /tomador, necessários para o processamento da indenização

c) Comprovante dos dados bancários informados, que demonstre a titularidade da conta indicada para recebimento (como extrato bancário ou cópia do cartão do banco), para validação da conta do Beneficiário/tomador
d) Comprovante de endereço nominal ao Beneficiário /tomador, que permita verificar seu domicílio;
e) Notas fiscais originais e seus respectivos comprovantes de pagamento, das despesas efetuadas com o funeral, contendo a discriminação individual dos itens ou serviços adquiridos, para comprovar os gastos realizados

CLÁUSULA 8 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

8.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do Segurado.

8.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

8.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do Segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

8.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 8.2.1 desta cláusula;

8.2.3. Se a quantia a que se refere o item 8.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o Beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

8.2.4. Se a quantia estabelecida no item 8.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

CLÁUSULA 9 – RATIFICAÇÃO

9.2. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

ANEXO I

1. LISTA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS ORDENADOS PELO CÓDIGO TUSS

1.1 A lista de procedimentos a seguir pertence exclusivamente as coberturas de Cirurgias e Cirurgias 2.0.

Ordem	Código TUSS	Procedimento	% Capital
1	20104073	CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES	50%
2	30101140	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LINFEDEMA (POR ESTÁGIO)	10%
3	30101174	CORREÇÃO DE DEFORMIDADES POR EXÉRESE DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O EMPREGO DE EXPANSORES EM RETALHOS MUSCULARES OU MIOCUTÂNEOS (POR ESTÁGIO)	20%
4	30101190	CORREÇÃO DE LIPODISTROFIA BRAQUIAL, CRURAL OU TROCANTERIANA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	10%
5	30101336	ENXERTO DE PELE (HOMOENXERTO INCLUSIVE)	10%
6	30101344	ENXERTO DE PELE MÚLTIPLO - POR UNIDADE TOPOGRÁFICA (UT)	10%
7	30101360	ESCALPO PARCIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	20%
8	30101379	ESCALPO TOTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	20%
9	30101441	EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA	10%
10	30101450	EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES (CIRCULARES OU NÃO) COM ROTAÇÃO DE RETALHOS CUTÂNEOS	10%
11	30101468	EXÉRESE DE LESÃO / TUMOR DE PELE E MUCOSAS	10%
12	30101484	EXÉRESE DE UNHA	10%
13	30101530	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTÂNEOS OU MUSCULARES CRUZADOS (POR ESTÁGIO)	10%
14	30101638	INCISÃO E DRENAGEM DE FLEGMÃO	10%
15	30101697	RETALHO COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)	20%
16	30101743	RETRAÇÃO CICATRICIAL DE AXILA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%
17	30101751	RETRAÇÃO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%
18	30101778	RETRAÇÃO DE APONEVROSE PALMAR (DUPUYTREN) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	10%
19	30101824	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS	10%
20	30101913	TU PARTES MOLES - EXÉRESE	20%
21	30201020	EXCISÃO COM PLÁSTICA DE VERMELHÃO	10%
22	30201039	RESSECCAO PARCIAL DE LABIO COM ENXERTO OU RETALHO EM	100%
23	30201047	RESSECCAO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUCAO COM RETALHO MIOCUTANEO	100%
24	30201055	RESSECCAO EM CUNHA DE LABIO E SUTURA	100%
25	30201080	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	50%
26	30201098	RECONSTRUÇÃO TOTAL DO LÁBIO	50%
27	30202035	EXCISÃO DE LESÃO MALIGNA COM RECONSTRUÇÃO À CUSTA DE RETALHOS LOCAIS	10%
28	30202043	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA	100%

29	**30202060**	FÍSTULA OROFACIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
30	**30202078**	GLOSSECTOMIA TOTAL	**100%**
31	**30202094**	PALATOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO	**10%**
32	**30204020**	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR	**100%**
33	**30204038**	EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE	**10%**
34	**30204046**	PAROTIDECTOMIA PARCIAL COM CONSERVAÇÃO DO NERVO FACIAL	**100%**
35	**30204054**	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA	**100%**
36	**30204062**	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM CONSERVAÇÃO DO NERVO FACIAL	**100%**
37	**30204070**	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇÃO DO NERVO FACIAL	**100%**
38	**30204089**	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM SACRIFICIO DO NERVO FACIAL, SEM RECONSTRUÇÃO	**100%**
39	**30204100**	EXÉRESE DE TUMOR E ENXERTO LIVRE - GLÂNDULAS SALIVARES	**100%**
40	**30205018**	ABSCESSO FARÍNGEO - QUALQUER ÁREA	**10%**
41	**30205026**	ADENO TONSILECTOMIA - REVISÃO CIRÚRGICA	**10%**
42	**30205042**	ADENOIDECTOMIA	**10%**
43	**30205050**	AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS	**10%**
44	**30205107**	CORPO ESTRANHO DE FARINGE - RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL	**10%**
45	**30205140**	FARINGOLARINGECTOMIA	**100%**
46	**30205158**	FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA TOTAL	**50%**
47	**30205174**	RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE (VIA BUCAL OU NASAL)	**20%**
48	**30205182**	RESSECÇÃO DE TUMOR DE FARINGE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL	**10%**
49	**30205212**	RESSECÇÃO DE TUMOR DE NASOFARINGE VIA ENDOSCÓPICA	**10%**
50	**30205239**	RESSECCAO DE LESAO MALIGNA DE MUCOSA BUCAL	**100%**
51	**30206049**	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA	**20%**
52	**30206065**	EXÉRESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA	**10%**
53	**30206120**	LARINGECTOMIA PARCIAL	**10%**
54	**30206138**	LARINGECTOMIA TOTAL	**20%**
55	**30206170**	LARINGOFISSURA (INCLUSIVE COM CORDECTOMIA)	**10%**
56	**30206200**	LARINGOTRAQUEOPLASTIA	**10%**
57	**30207010**	REDUÇÃO DE FRATURA DO MALAR (SEM FIXAÇÃO)	**10%**
58	**30207029**	REDUÇÃO DE FRATURA DO MALAR (COM FIXAÇÃO)	**10%**
59	**30207037**	REDUÇÃO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL (ACESSO FRONTAL)	**10%**
60	**30207088**	FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA COM CONTENÇÃO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	**10%**
61	**30207096**	FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	**10%**
62	**30207100**	FRATURA NASO ETMÓIDO ÓRBITO-ETMOIDAL	**10%**
63	**30207118**	FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA - REDUÇÃO CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO ÓSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	**10%**
64	**30207134**	FRATURAS ALVEOLARES - FIXAÇÃO COM APARELHO E CONTENÇÃO	**10%**
65	**30207142**	FRATURA DE MAXILA, TIPO LEFORT I E II - REDUÇÃO E APLICAÇÃO DE LEVANTAMENTO ZIGOMÁTICO-MAXILAR COM BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	**10%**
66	**30208017**	ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO RECIDIVANTE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	**10%**

67	**30208025**	OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO	**10%**
68	**30208041**	OSTEOTOMIAS SEGMENTARES DA MAXILA OU MALAR	**10%**
69	**30208084**	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL	**20%**
70	**30208106**	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA COM ENXERTO ÓSSEO	**50%**
71	**30208114**	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA COM PRÓTESE E OU ENXERTO ÓSSEO	**50%**
72	**30208122**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	**10%**
73	**30209056**	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEPRESSÃO (AFUNDAMENTO) DA REGIÃO FRONTAL	**10%**
74	**30210011**	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	**20%**
75	**30210038**	PARALISIA FACIAL - REANIMAÇÃO COM O MÚSCULO TEMPORAL (REGIÃO ORAL), SEM NEUROTIZAÇÃO	**10%**
76	**30210127**	EXÉRESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FÍSTULA	**10%**
77	**30211042**	HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECÇÃO SEGMENTAR OU SECCIONAL DA MANDÍBULA	**10%**
78	**30212014**	CERVICOTOMIA EXPLORADORA	**10%**
79	**30212030**	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL (ESPECIFICAR O LADO)	**10%**
80	**30212090**	LINFADENECTOMIA PROFUNDA	**10%**
81	**30212146**	RESSECÇÃO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO	**10%**
82	**30212189**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LIPOMATOSE CERVICAL	**10%**
83	**30213029**	BÓCIO MERGULHANTE: EXTIRPAÇÃO POR ACESSO CÉRVICO-TORÁCICO	**20%**
84	**30213037**	ISTMECTOMIA OU NODULECTOMIA	**10%**
85	**30213053**	TIREOIDECTOMIA TOTAL	**10%**
86	**30214025**	PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA	**20%**
87	**30215013**	CRANIOPLASTIA	**10%**
88	**30215021**	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	**20%**
89	**30215030**	CRANIOTOMIA PARA TUMORES ÓSSEOS	**10%**
90	**30215048**	RECONSTRUÇÃO CRANIANA OU CRANIOFACIAL	**100%**
91	**30215056**	RETIRADA DE CRANIOPLASTIA	**10%**
92	**30215080**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CRÂNIO - AFUNDAMENTO	**10%**
93	**30215099**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OSTEOMIELITE DE CRÂNIO	**20%**
94	**30301017**	ABSCESSO DE PÁLPEBRA - DRENAGEM	**10%**
95	**30301157**	LAGOFTALMO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
96	**30301173**	PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO TOTAL (COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR) - POR ESTÁGIO	**10%**
97	**30301211**	SIMBLÉFARO COM OU SEM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
98	**30302021**	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA OU NERVO ÓTICO	**10%**
99	**30302030**	EXENTERAÇÃO COM OSTEOTOMIA	**10%**
100	**30302048**	EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA	**10%**
101	**30302056**	EXÉRESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLÓGICA (TEMPO FACIAL) PÁLPEBRA, CAVIDADE ORBITÁRIA E OLHOS	**10%**
102	**30302064**	FRATURA DE ÓRBITA - REDUÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
103	**30302099**	MICROCIRURGIA PARA TUMORES ORBITÁRIOS	**10%**
104	**30302110**	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA CAVIDADE ORBITAL - POR ESTÁGIO	**10%**
105	**30302129**	RECONSTRUÇÃO TOTAL DA CAVIDADE ORBITAL - POR ESTÁGIO	**10%**
106	**30302137**	TUMOR DE ÓRBITA - EXÉRESE	**10%**

107	**30303052**	PLÁSTICA DE CONJUNTIVA	**10%**
108	**30304075**	TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA	**10%**
109	**30304083**	IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL	**10%**
110	**30305020**	RECONSTRUÇÃO DA CÂMARA ANTERIOR	**10%**
111	**30306019**	CAPSULOTOMIA YAG OU CIRÚRGICA	**10%**
112	**30307112**	VITRECTOMIA ANTERIOR	**10%**
113	**30307120**	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA	**10%**
114	**30308038**	SUTURA DE ESCLERA	**10%**
115	**30309018**	ENUCLEAÇÃO OU EVISCERAÇÃO COM OU SEM IMPLANTE	**10%**
116	**30310032**	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS	**10%**
117	**30313023**	DACRIOCISTECTOMIA - UNILATERAL	**10%**
118	**30313058**	RECONSTITUIÇÃO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE OU OUTRO MATERIAL	**10%**
119	**30313066**	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM	**10%**
120	**30401046**	OUTROS DEFEITOS CONGÊNITOS QUE NÃO A MICROTIA	**10%**
121	**30401062**	RECONSTRUÇÃO DE UNIDADE ANATÔMICA DO PAVILHÃO AURICULAR - POR ESTÁGIO	**10%**
122	**30401097**	RESSECÇÃO SUBTOTAL OU TOTAL DE ORELHA	**10%**
123	**30402069**	ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO - CORREÇÃO	**10%**
124	**30403030**	ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA	**10%**
125	**30403073**	GLOMUS TIMPÂNICUS - RESSECÇÃO	**10%**
126	**30403081**	MASTOIDECTOMIA SIMPLES OU RADICAL MODIFICADA	**10%**
127	**30403111**	TÍMPANO-MASTOIDECTOMIA	**50%**
128	**30404126**	RESSECÇÃO DO OSSO TEMPORAL	**50%**
129	**30404134**	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MEDIA)	**20%**
130	**30501202**	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA	**20%**
131	**30501229**	FRATURAS DOS OSSOS NASAIS - REDUÇÃO CIRÚRGICA E GESSO	**10%**
132	**30501261**	OZENA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
133	**30501270**	PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
134	**30501296**	RECONSTRUÇÃO DE UNIDADE ANATÔMICA DO NARIZ - POR ESTÁGIO	**10%**
135	**30501385**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	**20%**
136	**30501482**	TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDOSCOPICO)	**20%**
137	**30502012**	ANGIOFIBROMA - RESSECÇÃO TRANSMAXILAR E/OU TRANSPALATINA	**50%**
138	**30502144**	MAXILECTOMIA PARCIAL	**10%**
139	**30601029**	COSTECTOMIA	**10%**
140	**30601037**	ESTERNECTOMIA SUBTOTAL	**10%**
141	**30601045**	ESTERNECTOMIA COM OU SEM PRÓTESE	**20%**
142	**30601053**	FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA	**10%**
143	**30601070**	MOBILIZAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES OU DO OMENTO	**10%**
144	**30601096**	TORACOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)	**20%**
145	**30601134**	RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TECNICA)	**20%**
146	**30601142**	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	**10%**
147	**30601150**	TORACECTOMIA	**20%**
148	**30601177**	TORACOTOMIA COM BIÓPSIA	**10%**
149	**30601185**	TORACOTOMIA EXPLORADORA (EXCLUÍDOS OS PROCEDIMENTOS INTRATORÁCICOS)	**10%**

150	**30601193**	TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL	**10%**
151	**30601215**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	**10%**
152	**30601240**	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA, NECROSE OU INFECÇÃO DO ESTERNO	**20%**
153	**30601274**	CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DA PAREDE TORÁCICA POR VÍDEO	**50%**
154	**30602033**	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ASSIMETRIA MAMÁRIA	**10%**
155	**30602114**	GINECOMASTIA - UNILATERAL	**10%**
156	**30602130**	LINFADENECTOMIA AXILAR	**10%**
157	**30602149**	MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA - QUALQUER TÉCNICA	**10%**
158	**30602157**	MASTECTOMIA SIMPLES	**10%**
159	**30602165**	MASTECTOMIA SUBCUTÂNEA E INCLUSÃO DA PRÓTESE	**10%**
160	**30602190**	QUADRANTECTOMIA E LINFADENECTOMIA AXILAR	**10%**
161	**30602203**	QUADRANTECTOMIA - RESSECÇÃO SEGMENTAR	**10%**
162	**30602262**	RECONSTRUÇÃO DA MAMA COM PRÓTESE E/OU EXPANSOR	**10%**
163	**30602289**	RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA / TORÁCICA LATERAL	**10%**
164	**30602351**	MAMOPLASTIA	**10%**
165	**30701015**	ABDOMINAL OU HIPOGÁSTRICO - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
166	**30701023**	ANTEBRAÇO - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
167	**30701031**	AXILAR - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
168	**30701040**	COURO CABELUDO - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
169	**30701058**	DELTOPEITORAL - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
170	**30701066**	DIGITAIS (DA FACE VOLAR E LÁTERO-CUBITAL DOS DEDOS MÉDIO E ANULAR DA MÃO) - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
171	**30701082**	DORSAL DO PÉ - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
172	**30701090**	ESCAPULAR - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
173	**30701120**	INGUINO-CURAL - TRANSPLANTES CUTÂNEOS	**50%**
174	**30701171**	RETROAURICULAR	**50%**
175	**30701180**	TEMPORAL	**50%**
176	**30701198**	TRANSPLANTE CUTÂNEO COM MICROANASTOMOSE	**50%**
177	**30701210**	TRANSPLANTE MIOCUTÂNEO COM MICROANASTOMOSE	**50%**
178	**30702011**	GRANDE DORSAL (LATISSIMUS DORSI) - TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	**50%**
179	**30702046**	RETO ABDOMINAL (RECTUS ABDOMINIS)	**50%**
180	**30702054**	RETO INTERNO (GRACILIS) - TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	**50%**
181	**30702062**	SERRATO MAIOR (SERRATUS) - TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	**50%**
182	**30702070**	TENSOR DA FASCIA LATA (TENSOR FASCIA LATA) - TRANSPLANTES MÚSCULO-CUTÂNEOS COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	**50%**
183	**30703115**	RETO ANTERIOR (RECTUS FEMORIS)	**50%**
184	**30703123**	RETO INTERNO (GRACILIS) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	**50%**
185	**30703131**	SARTÓRIO (SARTORIUS)	**50%**
186	**30703140**	SEMIMEMBRANOSO (SEMIMEMBRANOSUS)	**50%**
187	**30703158**	SEMITENDINOSO (SEMITENDINOSUS)	**50%**
188	**30703166**	SERRATO MAIOR (SERRATUS) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	**50%**

189	**30703182**	TENSOR DA FASCIA LATA (TENSOR FASCIA LATA) - TRANSPLANTES MUSCULARES COM MICROANASTOMOSES VASCULARES	**50%**
190	**30704014**	COSTELA	**50%**
191	**30704022**	ILÍACO	**50%**
192	**30704030**	OSTEOCUTÂNEO DE ILÍACO	**50%**
193	**30704049**	OSTEOCUTÂNEOS DE COSTELA	**50%**
194	**30704057**	OSTEOMUSCULOCUTÂNEO DE COSTELA	**50%**
195	**30704065**	OUTROS TRANSPLANTES ÓSSEOS E OSTEOMUSCULOCUTÂNEOS	**50%**
196	**30704073**	PERÔNIO OU FÍBULA	**50%**
197	**30704081**	TRANSPLANTE ÓSSEO VASCULARIZADO (MICROANASTOMOSE)	**50%**
198	**30705010**	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS MUSCULARES COMBINADOS, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO	**50%**
199	**30705029**	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS CUTÂNEOS COMBINADOS, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR	**50%**
200	**30705037**	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS, UM CUTÂNEO COMBINADO A UM MUSCULAR, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR	**50%**
201	**30705045**	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS, UM CUTÂNEO COMBINADO A RETALHO OSTEOMUSCULAR, ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SÍ, LIGADOS POR UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR	**50%**
202	**30705053**	AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON	**50%**
203	**30705061**	AUTOTRANSPLANTE DE OUTROS RETALHOS, ISOLADOS ENTRE SI, E ASSOCIADOS MEDIANTE UM ÚNICO PEDÍCULO VASCULAR COMUNS AOS RETALHOS	**50%**
204	**30705100**	REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR, COM RESSECÇÃO SEGMENTAR	**10%**
205	**30714010**	CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
206	**30714028**	CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
207	**30715024**	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NIVEL	**20%**
208	**30715067**	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CEU ABERTO	**20%**
209	**30715075**	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COSTELA	**20%**
210	**30715083**	DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA	**10%**
211	**30715113**	ESPONDILOLISTESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
212	**30715148**	FRATURA DO CÓCCIX - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
213	**30715164**	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS- ORAL / EXTRA-ORAL	**20%**
214	**30715202**	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	**20%**
215	**30715210**	OSTEOMIELITE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
216	**30715245**	PSEUDARTROSE DE COLUNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
217	**30715261**	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	**20%**
218	**30715288**	SUBSTITUIÇÃO DE CORPO VERTEBRAL	**10%**
219	**30715296**	TRAÇÃO CERVICAL TRANSESQUELÉTICA	**10%**
220	**30715350**	MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA	**20%**
221	**30715385**	TUMOR ÓSSEO VERTEBRAL - RESSECÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO COM OU SEM INSTRUMENTAÇÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**20%**

222	**30715393**	HÉRNIA DE DISCO CERVICAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
223	**30717019**	ARTRODESE AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
224	**30717027**	ARTROPLASTIA ESCÁPULO UMERAL COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
225	**30717035**	ARTROTOMIA GLENOUMERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
226	**30717051**	DEFORMIDADE (DOENÇA) SPRENGEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
227	**30717060**	DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**20%**
228	**30717094**	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - REDUÇÃO INCRUENTA - EM ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	**10%**
229	**30717108**	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO - EM ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR	**10%**
230	**30717132**	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS DA CINTURA ESCAPULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
231	**30717159**	REVISÃO CIRÚRGICA DE PRÓTESE DE OMBRO	**10%**
232	**30717167**	TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
233	**30718015**	AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO BRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**20%**
234	**30718058**	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
235	**30718090**	PSEUDARTROSES, OSTEOTOMIAS, ALONGAMENTOS/ENCURTAMENTOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
236	**30719020**	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
237	**30719089**	FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES / COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
238	**30719100**	FRATURAS E OU LUXAÇÕES NO COTOVELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
239	**30720010**	ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRAÇO	**10%**
240	**30720028**	ALONGAMENTO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
241	**30720079**	ENCURTAMENTO SEGMENTAR DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO COM OSTEOSSÍNTESE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
242	**30720117**	FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
243	**30720133**	PSEUDARTROSES E OU OSTEOTOMIAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
244	**30720141**	RESSECÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO E/ OU DA EXTREMIDADE DISTAL ULNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
245	**30720150**	RESSECÇÃO DO PROCESSO ESTILÓIDE DO RÁDIO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
246	**30720168**	SINOSTOSE RÁDIO-ULNAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
247	**30720176**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO - ANTEBRAÇO	**10%**
248	**30721032**	ARTRODESE ENTRE OS OSSOS DO CARPO	**10%**
249	**30721067**	ARTROPLASTIA DO PUNHO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
250	**30721075**	ARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
251	**30721083**	ARTROTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO - PUNHO	**10%**
252	**30721105**	COTO DE AMPUTAÇÃO PUNHO E ANTEBRAÇO - REVISÃO	**10%**

253	**30721148**	FRATURA DE OSSO DO CARPO - REDUÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
254	**30721199**	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
255	**30721210**	PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
256	**30721237**	REPARAÇÃO LIGAMENTAR DO CARPO	**10%**
257	**30721245**	SINOVECTOMIA DE PUNHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
258	**30722071**	AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
259	**30722209**	CAPSULECTOMIAS MÚLTIPLAS MF OU IF	**10%**
260	**30722217**	CAPSULECTOMIAS ÚNICA MF E IF	**10%**
261	**30722241**	COTO DE AMPUTAÇÃO DIGITAL - REVISÃO	**10%**
262	**30722250**	DEDO COLO DE CISNE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
263	**30722276**	DEDO EM GATILHO, CAPSULOTOMIA / FASCIOTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
264	**30722284**	DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
265	**30722306**	ENXERTO ÓSSEO (PERDA DE SUBSTÂNCIA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
266	**30722411**	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO	**10%**
267	**30722462**	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS DA MÃO - REPARAÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
268	**30722527**	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM FIXAÇÃO EXTERNA	**10%**
269	**30722683**	REIMPLANTE DO POLEGAR	**10%**
270	**30722705**	RESSECÇÃO 1ª FILEIRA DOS OSSOS DO CARPO	**10%**
271	**30722713**	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	**10%**
272	**30723027**	DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO-ABDOMINAL	**20%**
273	**30723043**	FRATURA/LUXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
274	**30723051**	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANEL PÉLVICO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
275	**30723086**	OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
276	**30724031**	ARTRODESE COXO-FEMORAL EM GERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
277	**30724066**	ARTROPLASTIA DE QUADRIL INFECTADA (RETIRADA DOS COMPONENTES) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
278	**30724074**	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DO QUADRIL (GIRDLESTONE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
279	**30724082**	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	**20%**
280	**30724139**	EPIFISIODESE COM ABAIXAMENTO DO GRANDE TROCANTER - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
281	**30724147**	EPIFISIOLISTESE PROXIMAL DE FÊMUR (FIXAÇÃO "IN SITU") - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
282	**30724171**	FRATURA E/OU LUXAÇÃO E/OU AVULSÃO COXO-FEMORAL - REDUÇÃO INCRUENTA	**10%**
283	**30724180**	FRATURA E/OU LUXAÇÃO E/OU AVULSÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
284	**30724228**	OSTEOTOMIA - FIXADOR EXTERNO	**10%**
285	**30724236**	OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO COLO OU REGIÃO TROCANTERIANA (SUGIOKA, MARTIN, BOMBELLI ETC) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
286	**30724279**	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	**20%**
287	**30725011**	ALONGAMENTO / TRANSPORTE ÓSSEO / PSEUDOARTROSE COM FIXADOR EXTERNO - COXA/FÊMUR	**10%**

288	**30725038**	AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA COXA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**20%**
289	**30725054**	CORREÇÃO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE FÊMUR COM FIXADOR EXTERNO	**10%**
290	**30725070**	DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO (TRAUMÁTICO OU NÃO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
291	**30725160**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO - COXA/FÊMUR	**10%**
292	**30726026**	ARTRODESE DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
293	**30726034**	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	**20%**
294	**30726107**	FRATURA E/OU LUXAÇÃO DE PATELA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
295	**30726123**	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
296	**30726131**	LESÃO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
297	**30726140**	LESÕES AGUDAS E/OU LUXAÇÕES DE MENISCOS (1 OU AMBOS) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
298	**30726166**	LESÕES INTRÍNSECAS DE JOELHO (LESÕES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISSECANTE, PLICA PATOLÓGICA, CORPOS LIVRES, ARTROFITOSE) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
299	**30726182**	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
300	**30726190**	LESÕES LIGAMENTARES PERIFÉRICAS CRÔNICAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
301	**30726204**	LIBERAÇÃO LATERAL E FACECTOMIAS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
302	**30726220**	OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
303	**30726239**	REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
304	**30726247**	RECONSTRUÇÕES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
305	**30726255**	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	**20%**
306	**30727014**	ALONGAMENTO / TRANSPORTE ÓSSEO / PSEUDOARTROSE COM FIXADOR EXTERNO - PERNA	**10%**
307	**30728010**	AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
308	**30728029**	ARTRITE OU OSTEOARTRITE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
309	**30728100**	FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES AO NÍVEL DO TORNOZELO COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
310	**30728142**	LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
311	**30728177**	PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
312	**30729084**	CORREÇÃO DE DEFORMIDADES DO PÉ COM FIXADOR EXTERNO DINÂMICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
313	**30729106**	DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
314	**30729122**	FASCIOTOMIA OU RESSECÇÃO DE FASCIA PLANTAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
315	**30729157**	FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ (EXCETO ANTEPÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
316	**30729173**	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DO ANTEPÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
317	**30729181**	HALLUX VALGUS (UM PÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**

318	**30729190**	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MÉDIO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
319	**30729270**	ROTURA DO TENDÃO DE AQUILES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
320	**30729319**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LINFEDEMA AO NÍVEL DO PÉ	**10%**
321	**30730015**	ALONGAMENTO	**10%**
322	**30730040**	DESINSERÇÃO OU MIOTOMIA	**10%**
323	**30730058**	DISSECÇÃO MUSCULAR	**10%**
324	**30730066**	DRENAGEM CIRÚRGICA DO PSOAS	**10%**
325	**30730074**	FASCIOTOMIA	**10%**
326	**30730090**	FASCIOTOMIAS (DESCOMPRESSIVAS)	**10%**
327	**30730112**	MIORRAFIAS	**10%**
328	**30730155**	TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR	**10%**
329	**30731011**	ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
330	**30731038**	BURSECTOMIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
331	**30731089**	TENODESE	**10%**
332	**30731143**	TENORRAFIA NO TÚNEL OSTEOFIBROSO - MAIS DE 2 DÍGITOS	**10%**
333	**30731232**	TUMORES DE TENDÃO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
334	**30732018**	CURETAGEM OU RESSECÇÃO EM BLOCO DE TUMOR COM RECONSTRUÇÃO E ENXERTO VASCULARIZADO	**10%**
335	**30732034**	RESSECÇÃO DA LESÃO COM CIMENTAÇÃO E OSTEOSÍNTESE	**10%**
336	**30732085**	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO C/ SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE)	**20%**
337	**30732123**	TUMOR ÓSSEO (RESSECÇÃO SEGMENTAR)	**10%**
338	**30735033**	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO DE OMBRO	**10%**
339	**30737079**	TÚNEL DO CARPO - DESCOMPRESSÃO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCÓPICO DE PUNHO E TÚNEL DO CARPO	**10%**
340	**30801010**	COLOCAÇÃO DE ÓRTESE TRAQUEAL, TRAQUEOBRÔNQUICA OU BRÔNQUICA, POR VIA ENDOSCÓPICA (TUBO DE SILICONE OU METÁLICO)	**10%**
341	**30801028**	COLOCACAO DE PROTESE LARINGO TRAQUEAL/ TRAQUEO-BRONQUICA (INCLUI PRÓTESE)	**20%**
342	**30801036**	FECHAMENTO DE FÍSTULA TRÁQUEO-CUTÂNEA	**10%**
343	**30801079**	TRAQUEOPLASTIA (QUALQUER VIA)	**10%**
344	**30801095**	TRAQUEOSTOMIA	**10%**
345	**30801117**	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	**20%**
346	**30801184**	TRAQUEOSTOMIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	**10%**
347	**30802016**	RESSECÇÃO PULMONAR ASSOCIADA A BRONCOPLASTIA/ ARTERIOPLASTIA	**20%**
348	**30803020**	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR (QUALQUER METODO)	**20%**
349	**30803039**	CISTO PULMONAR CONGÊNITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
350	**30803047**	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BRONCOPLEURAL COM AMPUTAÇÃO DE COTO BRONQUICO	**20%**
351	**30803055**	DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR	**10%**
352	**30803071**	LOBECTOMIA PULMONAR	**20%**
353	**30803080**	LOBECTOMIA PULMONAR	**20%**
354	**30803098**	METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL (QUALQUER TÉCNICA)	**20%**
355	**30803101**	PNEUMOMECTOMIA	**20%**

356	**30803136**	PNEUMOSTOMIA (CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTÂNEO-CAVITÁRIO	**10%**
357	**30803152**	SEGMENTECTOMIA (QUALQUER TÉCNICA)	**20%**
358	**30803160**	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	**50%**
359	**30803217**	LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	**10%**
360	**30803225**	METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	**10%**
361	**30804027**	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	**20%**
362	**30804043**	PLEURODESE (QUALQUER TÉCNICA)	**10%**
363	**30804060**	PLEUROSTOMIA (ABERTA)	**10%**
364	**30804140**	TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL	**10%**
365	**30805082**	LIGADURA DO DUCTO TORACICO (QUALQUER METODO)	**20%**
366	**30805090**	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	**20%**
367	**30805112**	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	**20%**
368	**30805120**	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	**10%**
369	**30805147**	RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO	**10%**
370	**30805155**	TIMECTOMIA (QUALQUER VIA)	**20%**
371	**30805163**	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	**20%**
372	**30806011**	ABSCESSO SUBFRÊNICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
373	**30806038**	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	**20%**
374	**30901090**	REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO) - EM DEFEITOS CARDÍACOS CONGENITOS	**100%**
375	**30901103**	RESSECCAO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE	**100%**
376	**30902010**	PLASTICA VALVAR	**50%**
377	**30902029**	PLASTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MULTIPLA	**100%**
378	**30902053**	IMPLANTE DE PROTESE VALVAR	**100%**
379	**30903017**	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NAO A REVASCULARIZACAO MIOCARDICA	**50%**
380	**30903025**	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA COM OU S/ USO DE EXTRACORPOREA	**50%**
381	**30903033**	PLASTICA VALVAR C/ REVASCULARIZACAO MIOCARDICA	**100%**
382	**30903041**	VENTRICULECTOMIA PARCIAL - EM CORONARIOPATIAS	**100%**
383	**30904021**	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CAMARA UNICA TRANSVENOSO	**100%**
384	**30904064**	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO EPIMIOCARDICO POR TORACOTOMIA P	**100%**
385	**30904080**	INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO EPIMIOCÁRDIO TEMPORÁRIO	**10%**
386	**30904102**	RECOLOCAÇÃO DE ELETRODO / GERADOR COM OU SEM TROCA DE UNIDADES	**10%**
387	**30904110**	RETIRADA DO SISTEMA (NÃO APLICÁVEL NA TROCA DO GERADOR)	**10%**
388	**30904137**	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA UNICA EPIMIOCARDICO	**20%**
389	**30904145**	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	**20%**
390	**30904161**	IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO - TRC-D (GERADOR E ELETRODOS)	**100%**
391	**30906016**	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA- RENAL	**20%**
392	**30906024**	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SUPRA-RENAL	**100%**
393	**30906032**	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)	**50%**
394	**30906040**	ANEURISMA DE ARTÉRIAS VISCERAIS	**10%**

395	**30906083**	CORRECAO DE ANEURISMA / DISSECCAO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL	**100%**
396	**30906113**	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATÓRIA - POR ARTÉRIA	**10%**
397	**30906121**	REVASCULARIZACAO DE ARTERIAS VISCERAIS	**20%**
398	**30906172**	CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA	**100%**
399	**30906180**	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA	**20%**
400	**30906199**	ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA - CADA SEGMENTO ARTERIAL TRATADO	**10%**
401	**30906202**	ENDARTERECTOMIA ILÍACO-FEMORAL	**10%**
402	**30906210**	LIGADURA DE CARÓTIDA OU RAMOS	**10%**
403	**30906229**	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO- FEMURAL	**20%**
404	**30906261**	PONTE AXILO-BIFEMURAL	**20%**
405	**30906270**	PONTE AXILO-FEMURAL	**20%**
406	**30906288**	PONTE DISTAL	**10%**
407	**30906296**	PONTE FÊMORO POPLÍTEA PROXIMAL	**10%**
408	**30906300**	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	**20%**
409	**30906342**	PONTE DE RAMOS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	**20%**
410	**30906423**	REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	**10%**
411	**30907047**	ANASTOMOSE ESPLENO-RENAL / OUTRA DERIVACAO CENTRAL	**20%**
412	**30907110**	TROMBECTOMIA VENOSA	**10%**
413	**30907128**	VALVULOPLASTIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	**20%**
414	**30907144**	VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM MEMBRO	**10%**
415	**30910080**	EMBOLECTOMIA OU TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL	**50%**
416	**30910102**	EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS TORÁCICOS E ABDOMINAIS	**10%**
417	**30910110**	LESÕES VASCULARES CERVICAIS E CÉRVICO-TORÁCICAS	**10%**
418	**30910129**	LESÕES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR - UNILATERAL	**10%**
419	**30912113**	FIBRINOLISE INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	**20%**
420	**30912130**	LIGADURA DE FISTULA SISTEMICO-PULMONAR	**50%**
421	**30912148**	FECHAMENTO PERCUTANEO DO CANAL ARTERIAL / FISTULAS ARTERIOVENOSAS C/ LIBERACAO DE COILS	**20%**
422	**30912156**	PUNÇÃO SACO PERICÁRDICO COM INTRODUÇÃO DE CATETER MULTIPOLAR NO ESPAÇO PERICÁRDICO	**10%**
423	**30912210**	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES	**10%**
424	**30912245**	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA	**20%**
425	**30912296**	IMPLANTE TRANSCATETER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA (TAVI)	**100%**
426	**30914043**	LINFADENECTOMIA INGUINAL OU ILÍACA	**20%**
427	**30914051**	LINFADENECTOMIA CERVICAL	**20%**
428	**30914060**	LINFADENECTOMIA PELVICA	**100%**
429	**30914078**	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL	**20%**
430	**30914094**	LINFEDEMA - RESSECÇÃO TOTAL	**100%**
431	**30915040**	PERICARDIECTOMIA	**20%**
432	**30917034**	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	**20%**
433	**30917042**	RESSECCAO DE TUMOR INTRACARDIACO	**100%**
434	**31001041**	ESOFAGECTOMIA DISTAL C/ TORACOTOMIA	**20%**
435	**31001050**	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA	**20%**
436	**31001068**	ESOFAGOGASTRECTOMIA	**20%**
437	**31001165**	ESOFAGO-COLONPLASTIA	**20%**

438	**31001203**	ESOFAGORRAFIA CERVICAL	**10%**
439	**31001211**	ESOFAGORRAFIA TORACICA	**20%**
440	**31001220**	ESOFAGOSTOMIA	**20%**
441	**31001238**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIVERTÍCULO ESOFÁGICO	**10%**
442	**31001262**	REFLUXO GASTROESOFÁGICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÉRNIA DE HIATO)	**10%**
443	**31001270**	RECONSTRUÇÃO DO ESÔFAGO CERVICAL E TORÁCICO COM TRANSPLANTE SEGMENTAR DE INTESTINO	**50%**
444	**31002021**	CONVERSÃO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL (QUALQUER TÉCNICA)	**10%**
445	**31002030**	DEGASTROGASTRECTOMIA COM VAGOTOMIA	**10%**
446	**31002056**	GASTROSTOMIA CONFECÇÃO / FECHAMENTO	**10%**
447	**31002064**	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA	**20%**
448	**31002072**	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA	**10%**
449	**31002099**	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL COM TORACOTOMIA	**100%**
450	**31002102**	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL SEM TORACOTOMIA	**100%**
451	**31002110**	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA	**20%**
452	**31002129**	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL	**10%**
453	**31002145**	GASTRORRAFIA	**10%**
454	**31002196**	PILOROPLASTIA	**10%**
455	**31002250**	VAGOTOMIA COM OPERAÇÃO DE DRENAGEM	**10%**
456	**31002315**	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	**10%**
457	**31003010**	AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA)	**20%**
458	**31003028**	AMPUTAÇÃO DO RETO POR PROCIDÊNCIA	**10%**
459	**31003168**	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	**20%**
460	**31003176**	COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA	**20%**
461	**31003184**	COLECTOMIA TOTAL	**20%**
462	**31003230**	COLOTOMIA E COLORRAFIA	**10%**
463	**31003249**	DISTORÇÃO DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	**10%**
464	**31003281**	ENTERECTOMIA	**20%**
465	**31003290**	ENTERO-ANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	**10%**
466	**31003303**	ENTEROCOLITE NECROTIZANTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
467	**31003311**	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	**10%**
468	**31003320**	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO (POR SUTURA OU RESSECÇÃO)	**10%**
469	**31003346**	ESVAZIAMENTO PÉLVICO ANTERIOR OU POSTERIOR - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	**20%**
470	**31003354**	EXENTERACAO PELVICA TOTAL EM ONCOLOGIA	**50%**
471	**31003389**	FIXAÇÃO DO RETO POR VIA ABDOMINAL	**10%**
472	**31003451**	TRATAMENTO CIRURGICO DE MA ROTACAO INTESTINAL	**20%**
473	**31003524**	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL	**100%**
474	**31003532**	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATÓRIO ILEAL	**100%**
475	**31003559**	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	**20%**
476	**31003613**	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	**10%**
477	**31004016**	ABSCESSO ANORRETAL - DRENAGEM	**10%**
478	**31004075**	ESFINCTEROPLASTIA ANAL (QUALQUER TÉCNICA)	**10%**

479	**31004083**	ESTENOSE ANAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO (QUALQUER TÉCNICA)	**10%**
480	**31004091**	EXCISÃO DE PLICOMA	**10%**
481	**31004113**	FÍSTULA RETO-VAGINAL E FÍSTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO CIRÚRGICO VIA PERINEAL	**10%**
482	**31004121**	FISTULECTOMIA ANAL EM DOIS TEMPOS	**10%**
483	**31004245**	PÓLIPO RETAL - RESSECÇÃO ENDOANAL	**10%**
484	**31004300**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETOCELE (COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR)	**10%**
485	**31005012**	ABSCESSO HEPÁTICO - DRENAGEM CIRÚRGICA (ATÉ 3 FRAGMENTOS)	**10%**
486	**31005039**	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA	**50%**
487	**31005128**	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	**10%**
488	**31005144**	COLECISTOSTOMIA	**10%**
489	**31005152**	COLÉDOCO OU HEPÁTICO-JEJUNOSTOMIA (QUALQUER TÉCNICA)	**10%**
490	**31005187**	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA SEM COLECISTECTOMIA	**10%**
491	**31005250**	ENUCLEAÇÃO DE METÁSTASES HEPÁTICAS	**10%**
492	**31005276**	HEPATORRAFIA	**10%**
493	**31005284**	HEPATORRAFIA COMPLEXA COM LESÃO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	**10%**
494	**31005292**	LOBECTOMIA HEPÁTICA DIREITA	**20%**
495	**31005373**	RESSECÇÃO DE TUMOR DE VESÍCULA OU DA VIA BILIAR COM HEPATECTOMIA	**20%**
496	**31005543**	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	**10%**
497	**31006051**	PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVAÇÃO DO BAÇO	**20%**
498	**31006078**	PANCREATO-DUODENECTOMIA	**20%**
499	**31006086**	PANCREATO-ENTEROSTOMIA	**20%**
500	**31007023**	ESPLENECTOMIA PARCIAL	**10%**
501	**31008054**	EPIPLOPLASTIA	**10%**
502	**31009042**	CISTO SACRO-COCCÍGEO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
503	**31009050**	DIÁSTASE DOS RETOS-ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
504	**31009069**	HÉRNIA INGUINAL ENCARCERADA EM RN OU LACTENTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
505	**31009077**	HERNIORRAFIA COM RESSECÇÃO INTESTINAL - ESTRANGULADA	**10%**
506	**31009093**	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA	**10%**
507	**31009107**	HERNIORRAFIA INCISIONAL	**10%**
508	**31009140**	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	**10%**
509	**31009158**	HERNIORRAFIA SEM RESSECÇÃO INTESTINAL ENCARCERADA	**10%**
510	**31009204**	NEUROBLASTOMA ABDOMINAL - EXÉRESE	**20%**
511	**31009263**	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS (INCLUI HERNIORRAFIA MUSCULAR)	**10%**
512	**31101011**	ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM CIRÚRGICA	**10%**
513	**31101038**	SUPRARRENALECTOMIA EM ONCOLOGIA	**20%**
514	**31101097**	ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL	**10%**
515	**31101100**	ESTENOSE DE JUNÇÃO PIELOURETERAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
516	**31101127**	LOMBOTOMIA EXPLORADORA	**10%**
517	**31101160**	NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL	**10%**

518	**31101186**	NEFRECTOMIA TOTAL	**100%**
519	**31101208**	NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA UNILATERAL	**10%**
520	**31101216**	NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA UNILATERAL	**10%**
521	**31101224**	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL	**10%**
522	**31101283**	NEFROPEXIA UNILATERAL	**10%**
523	**31101291**	NEFRORRAFIA (TRAUMA) UNILATERAL	**10%**
524	**31101305**	NEFROSTOMIA A CÉU ABERTO UNILATERAL	**10%**
525	**31101313**	NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA UNILATERAL	**10%**
526	**31101321**	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	**100%**
527	**31101372**	PIELOSTOMIA	**20%**
528	**31101437**	TRANSURETERO ANASTOMOSE	**10%**
529	**31101470**	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA	**20%**
530	**31102107**	FÍSTULA URETERO-CUTÂNEA UNILATERAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	**10%**
531	**31102123**	FÍSTULA URETERO-VAGINAL UNILATERAL (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	**10%**
532	**31102174**	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROENTEROSTOMIA	**20%**
533	**31102182**	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROCISTONEOSTOMIA	**20%**
534	**31102247**	URETERECTOMIA UNILATERAL	**10%**
535	**31102255**	URETEROCELE UNILATERAL - RESSECÇÃO A CÉU ABERTO	**10%**
536	**31102301**	URETEROLITOTOMIA UNILATERAL	**10%**
537	**31102344**	URETEROPLASTIA UNILATERAL	**10%**
538	**31102425**	URETEROSTOMIA CUTÂNEA UNILATERAL	**10%**
539	**31102530**	CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE REFLUXO VESICO-URETERAL UNILATERAL	**10%**
540	**31103065**	CISTECTOMIA PARCIAL	**10%**
541	**31103073**	CISTECTOMIA TOTAL	**20%**
542	**31103081**	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO	**20%**
543	**31103090**	CISTOLITOTOMIA	**10%**
544	**31103162**	CISTORRAFIA (TRAUMA)	**10%**
545	**31103170**	CISTOSTOMIA CIRÚRGICA	**10%**
546	**31103200**	COLO DE DIVERTÍCULO - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	**10%**
547	**31103219**	COLO VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	**10%**
548	**31103251**	CISTOENTEROPLASTIA EM ONCOLOGIA	**20%**
549	**31103294**	FÍSTULA VÉSICO-ENTÉRICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
550	**31103308**	FÍSTULA VÉSICO-RETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
551	**31103324**	FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
552	**31103332**	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - "SLING" VAGINAL OU ABDOMINAL	**10%**
553	**31103359**	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SUPRA-PÚBICO	**10%**
554	**31103367**	INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO (INJEÇÃO)	**10%**
555	**31103375**	INCONTINÊNCIA URINÁRIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR - TRATAMENTO CIRÚRGICO (COM OU SEM USO DE PRÓTESE)	**10%**
556	**31103456**	TUMOR VESICAL - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA	**10%**
557	**31104010**	ABSCESSO PERIURETRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
558	**31104070**	ESFINCTEROTOMIA - URETRA	**10%**
559	**31104088**	FÍSTULA URETRO-CUTÂNEA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	**10%**

560	**31104134**	MEATOPLASTIA (RETALHO CUTÂNEO)	**10%**
561	**31104142**	MEATOTOMIA URETRAL	**10%**
562	**31104169**	RESSECÇÃO DE CARÚNCULA	**10%**
563	**31104177**	RESSECÇÃO DE VÁLVULA URETRAL POSTERIOR	**10%**
564	**31104193**	URETROPLASTIA ANTERIOR	**10%**
565	**31104215**	URETROSTOMIA	**10%**
566	**31201113**	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	**20%**
567	**31201121**	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	**20%**
568	**31202020**	DRENAGEM DE ABSCESSO - ESCROTO	**10%**
569	**31202039**	ELEFANTÍASE PENO-ESCROTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	**10%**
570	**31203043**	HIDROCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
571	**31203060**	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	**10%**
572	**31203078**	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	**10%**
573	**31203108**	TORÇÃO DE TESTÍCULO - CURA CIRÚRGICA	**10%**
574	**31203124**	VARICOCELE UNILATERAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
575	**31204031**	EPIDIDIMECTOMIA UNILATERAL	**10%**
576	**31204066**	EXÉRESE DE CISTO UNILATERAL	**10%**
577	**31205011**	ESPERMATOCELECTOMIA UNILATERAL	**10%**
578	**31206018**	AMPUTACAO DE PENIS	**100%**
579	**31301061**	EXCISÃO RADICAL LOCAL DA VULVA (NÃO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	**10%**
580	**31301088**	EXÉRESE DE LESÃO DA VULVA E/OU DO PERÍNEO (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)	**10%**
581	**31301096**	HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - CORREÇÃO CIRÚRGICA	**10%**
582	**31301126**	VULVECTOMIA AMPLIADA (NÃO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	**20%**
583	**31301134**	VULVECTOMIA SIMPLES	**10%**
584	**31302025**	COLPECTOMIA	**10%**
585	**31302033**	COLPOCLEISE (LEFORT)	**10%**
586	**31302041**	COLPOPLASTIA ANTERIOR	**10%**
587	**31302050**	COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PERINEORRAFIA	**10%**
588	**31302068**	COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA INCLUINDO RESSECÇÃO DE SEPTO OU RESSUTURA DE PAREDE VAGINAL	**10%**
589	**31302076**	COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE	**10%**
590	**31302084**	EXÉRESE DE CISTO VAGINAL	**10%**
591	**31302114**	HIMENOTOMIA	**10%**
592	**31303080**	HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM OU SEM ANEXECTOMIA, UNI OU BILATERAL - QUALQUER VIA	**10%**
593	**31303110**	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA - QUALQUER VIA - (NÃO INCLUI A LINFADENECTOMIA PÉLVICA)	**20%**
594	**31303129**	HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL - QUALQUER VIA	**20%**
595	**31303145**	MIOMECTOMIA UTERINA	**10%**
596	**31303153**	TRAQUELECTOMIA - AMPUTAÇÃO, CONIZAÇÃO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA / CAF)	**20%**
597	**31303161**	TRAQUELECTOMIA RADICAL (NÃO INCLUI A LINFADENECTOMIA)	**100%**
598	**31303170**	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM BIÓPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA, LISE DE SINÉQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	**10%**
599	**31303200**	HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA, UNI OU BILATERAL - VIA ALTA	**10%**
600	**31303250**	MIOMECTOMIA UTERINA LAPAROSCÓPICA	**10%**
601	**31304044**	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	**10%**

602	**31304087**	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL LAPAROSCÓPICA	**10%**
603	**31305016**	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	**10%**
604	**31306047**	PERINEORRAFIA (NÃO OBSTÉTRICA) E/OU EPISIOTOMIA E/OU EPISIORRAFIA	**10%**
605	**31307019**	CÂNCER DE OVÁRIO (DEBULKING)	**10%**
606	**31307060**	LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA COM OU SEM BIÓPSIA (INCLUI A CROMOTUBAGEM)	**10%**
607	**31307116**	OMENTECTOMIA	**10%**
608	**31307124**	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PÉLVICA	**20%**
609	**31307132**	RESSECÇÃO OU LIGADURA DE VARIZES PÉLVICAS	**10%**
610	**31401031**	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCOPICA	**20%**
611	**31401040**	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO	**20%**
612	**31401058**	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	**20%**
613	**31401066**	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO (C/ TECNICA COMPLEMENTAR)	**20%**
614	**31401074**	HIPOFISECTOMIA POR QUALQUER MÉTODO	**10%**
615	**31401082**	IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	**10%**
616	**31401090**	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRURGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO)	**20%**
617	**31401139**	LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM REMOÇÃO	**10%**
618	**31401155**	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRANIO	**20%**
619	**31401171**	MICROCIRURGIA PARA MALFORMACAO ARTERIO- VENOSA CEREBRAL	**20%**
620	**31401201**	RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	**20%**
621	**31401236**	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	**20%**
622	**31401252**	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	**20%**
623	**31401287**	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR	**20%**
624	**31401295**	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO	**20%**
625	**31401309**	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	**20%**
626	**31401376**	CRANIOTOMIA EXPLORADORA COM OU SEM BIÓPSIA	**10%**
627	**31403042**	ENXERTO DE NERVO	**10%**
628	**31403093**	ENXERTO PARA REPARO DE 2 OU MAIS NERVOS	**10%**
629	**31403115**	EXCISÃO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS	**10%**
630	**31403123**	EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE NERVO (NEURÓLISE EXTERNA)	**10%**
631	**31403166**	TRATAMENTO POR ESTERETAXIA DE LESÃO DE ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATATAMENTO DE MOVIMENTOS ANO	**20%**
632	**31403174**	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORAÇÃO, NEURÓLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPARO DAS LESÕES	**100%**
633	**31403255**	MICRONEURORRAFIA DE DEDOS DA MÃO	**10%**
634	**31403263**	MICRONEURORRAFIA MÚLTIPLA (PLEXO NERVOSO)	**10%**
635	**31403344**	SIMPATECTOMIA	**10%**
636	**31403352**	TRANSPOSIÇÃO DE NERVO	**10%**

637	**31403360**	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS (TUMORAL, INFLAMATÓRIO, ETC)	**10%**
638	**31403379**	SIMPATECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	**10%**
639	**31403387**	NEUROTOMIA SUPERSELETIVA PARA MOVIMENTOS ANORMAIS	**20%**
640	**31404014**	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	**20%**
641	**31404022**	NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGÊMIO	**10%**
642	**31405029**	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - QUALQUER MÉTODO	**10%**
643	**40813525**	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE ABSCESSO RETROPERITONEAL OU PÉLVICO	**10%**
644	**40813550**	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR	**20%**
645	**40813576**	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CAROTIDEO- CAVERNOSA	**20%**
646	**40813690**	TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZACAO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO E/OU ENDO	**20%**
647	**40813916**	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPÁTICO	**20%**
648	**40813932**	IMPLANTACAO DE SHUNT INTRA-HEPATICO PORTO- SISTEMICO (TIPS) C/ STENT NAO RECOBERTO	**50%**
649	**40814017**	FIBRINOLISE P/ EMBOLIA PULMONAR MACICA INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLITICO)	**20%**
650	**40814033**	TROMBÓLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA PARA TRATAMENTO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA	**10%**
651	**40814092**	COSTOPLASTIA (3 OU MAIS COSTELAS)	**100%**
652	**41205030**	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	**20%**