

**OMINT VITAL
SEGURO DE VIDA
INDIVIDUAL**

CONDIÇÕES GERAIS E
ESPECIAIS DO PRODUTO

Omint
SEGUROS

Maio/2025

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	10
2. COBERTURAS	10
3. RISCOS EXCLUÍDOS	12
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....	13
5. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	13
6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	14
7. CARÊNCIAS.....	16
8. PAGAMENTO DE PRÊMIOS	16
9. PERÍODO DE TOLERÂNCIA.....	17
10. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	18
11. MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO - COBERTURAS BÁSICAS	19
12. MODIFICAÇÃO PARA BENEFÍCIO PROLONGADO - COBERTURAS BÁSICAS	20
13. VALOR DE RESGATE.....	20
14. CAPITAL SEGURADO	22
15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO.....	22
16. EXTRATO DOS VALORES DO SEGURO.....	23
17. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	23
18. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	25
19. JUNTA MÉDICA.....	26
20. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	26
21. CANCELAMENTO DO SEGURO	27
22. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	28
23. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO	29
24. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS	30
25. DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS	35
26. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	38
27. FORO CONTRATUAL.....	38

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – COBERTURA VITALÍCIA

1. COBERTURA BÁSICA DE MORTE.....	39
2. RISCOS EXCLUÍDOS	39
3. CAPITAL SEGURADO	39
4. BENEFICIÁRIO.....	39
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	40

DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE
TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS	41
3. DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	42
4. DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	47
5. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA.....	47
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	48
7. CANCELAMENTO DA GARANTIA	49

ANTECIPAÇÃO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO PARA MORTE
EM CASO DE DOENÇA TERMINAL

1. OBJETIVO	50
2. DOENÇAS TERMINAIS COBERTAS.....	50
3. RISCOS EXCLUÍDOS	52
4. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA TERMINAL.....	52
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	52
6. CANCELAMENTO DA GARANTIA	53
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	53

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA	54
2. RISCOS EXCLUÍDOS	54
3. CAPITAL SEGURADO	54
4. BENEFICIÁRIO.....	54
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	54
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	55
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	56

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA	57
2. RISCOS EXCLUÍDOS	57
3. CAPITAL SEGURADO	57
4. BENEFICIÁRIO.....	57
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	58
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	59
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	59

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE MORTE – COBERTURA TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO DA COBERTURA	60
2. RISCOS EXCLUÍDOS	60
3. CAPITAL SEGURADO	60
4. BENEFICIÁRIO.....	60
5. VIGÊNCIA.....	60
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	61
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	62

8. DISPOSIÇÕES GERAIS	62
-----------------------------	----

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA	63
2. RISCOS EXCLUÍDOS	63
3. CAPITAL SEGURADO	63
4. BENEFICIÁRIO.....	64
5. VIGÊNCIA.....	64
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	64
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA	65
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	65

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL
OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA	66
2. RISCOS EXCLUÍDOS	71
3. CAPITAL SEGURADO	72
4. VIGÊNCIA.....	72
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	72
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	73
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	73

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL
OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA	74
2. RISCOS EXCLUÍDOS	75

3. CAPITAL SEGURADO	75
4. VIGÊNCIA.....	75
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	75
6. CANCELAMENTO	76
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	76

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA	77
2. CARÊNCIA	77
3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS.....	78
4. RISCOS EXCLUÍDOS	81
5. CAPITAL SEGURADO	81
6. VIGÊNCIA.....	81
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	82
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	82
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	83

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA	84
2. CARÊNCIA	84
3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS.....	85
4. RISCOS EXCLUÍDOS	89
5. CAPITAL SEGURADO	89
6. VIGÊNCIA.....	90
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	90
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	91

9. DISPOSIÇÕES GERAIS	91
-----------------------------	----

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES MODULAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA	92
2. DEFINIÇÕES	92
3. CARÊNCIA	93
4. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS.....	93
1º MÓDULO	94
2º MÓDULO	95
3º MÓDULO	98
4º MÓDULO	100
5. RISCOS EXCLUÍDOS	103
6. CAPITAL SEGURADO	103
7. VIGÊNCIA	103
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	104
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA	105
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	105

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA	106
2. CARÊNCIA	106
3. FRANQUIA.....	107
4. RISCOS EXCLUÍDOS	107
5. CAPITAL SEGURADO - DIÁRIA SEGURADA.....	108
6. VIGÊNCIA.....	108
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	109
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA	110

9. DISPOSIÇÕES GERAIS	110
-----------------------------	-----

**CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE JAZIGO**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	111
2. RISCOS EXCLUÍDOS	111
3. CAPITAL SEGURADO	111
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	111
5. CANCELAMENTO DA COBERTURA	112
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	112

**CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE PROTEÇÃO CIRÚRGICA**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	113
2. CARÊNCIA	114
3. GARANTIA.....	114
4. RISCOS EXCLUÍDOS	161
5. VIGÊNCIA.....	162
6. CAPITAL SEGURADO	162
7. CANCELAMENTO	163
8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	163
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	164

**CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE QUEBRA DE OSSOS**

1. OBJETIVO DA COBERTURA	165
2. GARANTIA.....	166
3. RISCOS EXCLUÍDOS	168
4. VIGÊNCIA.....	169

5. CAPITAL SEGURADO	170
6. CANCELAMENTO	171
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	171
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	172

CONDIÇÕES GERAIS

A OMINT Seguros S.A. institui o Seguro de Pessoas – VIDA INDIVIDUAL, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), o pagamento de Indenização ou reembolso de despesas, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, no caso da ocorrência de Evento Coberto e observada(s) a(s) Cobertura(s) contratada(s) que constam na Apólice de Seguro, respeitado o disposto nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas disposições legais aplicáveis.

1.2. Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações da OMINT, dos Segurados e de seu(s) Beneficiário(s).

2. COBERTURAS

As Coberturas passíveis de contratação para este seguro dividem-se em Coberturas Básicas e Coberturas Adicionais, sendo necessária a contratação da Coberturas Básica Morte – Cobertura Vitalícia para efetivação deste seguro e acesso à contratação das demais Coberturas Básicas e Coberturas Adicionais abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações oferecidas pela OMINT Seguros, regulamentações vigentes na data da contratação e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais.

A composição das Coberturas e o valor do prêmio poderão ser alterados para adequação ao resultado da análise de risco realizada pela Seguradora, mediante autorização prévia e expressa do Proponente, na Proposta de Contratação ou outro meio apropriado. As Coberturas deste seguro estão abaixo discriminadas:

2.1. COBERTURAS BÁSICAS

2.1.1. Morte – Cobertura Vitalícia (M)

2.1.2. Funeral Individual (FI)

2.1.3. Funeral Familiar (FF)

2.2. COBERTURAS ADICIONAIS

2.2.1. Morte – Cobertura Temporária (MT)

2.2.2. Morte Acidental (MA)

2.2.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

2.2.4. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA-Maj)

2.2.5. Doenças Graves (DG)

2.2.6. Doenças Graves Ampliada (DGA)

2.2.7. Doenças Graves Modular (DGM)

2.2.8. Diária de Internação Hospitalar (DIH)

2.2.9. Jazigo (J)

2.2.10. Proteção Cirúrgica (PC)

2.2.11. Quebra de Ossos (QO)

2.3. As Coberturas Morte – Cobertura Vitalícia, Funeral Individual, Funeral Familiar, Jazigo e Morte – Cobertura Temporária estão estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização, estrutura técnica em que os Prêmios são determinados de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos Capitais Segurados a serem pagos no respectivo período.

2.4. Por sua vez, as Coberturas Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular, Diária de Internação Hospitalar, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos, estão estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Responsável pelo Pagamento, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

2.5. A Cobertura Básica de Morte – Cobertura Vitalícia, incluindo suas Garantias Dispensa de Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença e Antecipação Parcial do Capital Segurado para a Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal, compõe um único módulo, e é de contratação obrigatória.

2.6. As Coberturas Básicas de Funeral Individual e Funeral Familiar poderão ser facultativamente contratadas pelo Segurado. Fica vedada, no entanto, a contratação conjunta de tais Coberturas.

2.7. Não será permitido o cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Vitalícia com a manutenção das demais coberturas.

2.8. A contratação das Coberturas Adicionais está condicionada à prévia contratação da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Vitalícia.

2.9. As Coberturas Adicionais de Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada não poderão ser contratadas simultaneamente.

2.10. A Cobertura adicional de Doenças Graves Modular, poderá ser contratada simultaneamente com as coberturas de Doenças Graves ou Doenças Graves Ampliada.

2.11. A Cobertura Adicional de Jazigo somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Funeral Individual ou Funeral Familiar.

2.12. O pagamento da indenização das Coberturas Básicas de Morte – Cobertura Vitalícia, Funeral Individual e Funeral Familiar – na hipótese de falecimento do Segurado - e das Coberturas Adicionais de Morte - Cobertura Temporária, Morte Acidental e/ou Jazigo implica o cancelamento do seguro para toda e qualquer cobertura contratada.

2.13. Na hipótese de contratação simultânea e recolhimento de Prêmio da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Vitalícia e das Coberturas Adicionais de Morte – Cobertura Temporária e Morte Acidental, ocorrendo Sinistro de morte por Acidente Pessoal coberto, serão pagos os Capitais

Segurados das três coberturas.

2.14. Se, depois de paga a indenização pela cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado dentro da vigência do seguro e em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida em caso de morte acidental, deduzida a importância já paga por invalidez, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença, caso a indenização já paga tenha ultrapassado a estipulada para a Cobertura Básica de Morte – Cobertura Vitalícia e para as Coberturas Adicionais de Morte - Cobertura Temporária e/ou Morte Acidental, de acordo com as Coberturas contratadas.

2.15. As Coberturas contratadas pelo Segurado constarão da Apólice.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os eventos decorrentes das causas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, ficando o(s) Beneficiário(s), o Segurado ou o Responsável pelo Pagamento, conforme o caso, sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive os relativos a Prêmios pagos ou a Valores de Resgate:

- a) de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação, observado o que dispõem as Cláusulas 22 (Perda de Direito à Indenização) e 23 (Período de Não Contestação);**
- b) direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os, direta ou indiretamente, causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;**
- c) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, greves, tumultos, motins, "lock-out", exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;**
- d) de eventos provocados por epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;**
- e) de lesão intencionalmente auto infligida, suicídio ou sua tentativa, independente da sanidade mental do segurado, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir da data de início da vigência do seguro;**
- f) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- g) de danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário,**

tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;

- h) de perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- j) direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à OMINT Seguros comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- k) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Responsável pelo Pagamento, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- l) de acidentes em que o Segurado, na condição de condutor de veículos ou equipamentos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, que requeiram aptidão, não possua habilitação legal para tanto;
- m) de toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do Segurado, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má fé;
- n) de gastos com funeral, urna ou cerimônia fúnebre, exceto se contratada a Cobertura Básica de Funeral Individual ou Funeral Familiar; e
- o) de despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, exceto se contratada a Cobertura Adicional de Jazigo.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

4.1. As coberturas contratadas serão aplicáveis em âmbito geográfico mundial. Para as Coberturas de Funeral Individual e Funeral Familiar, o âmbito de cobertura será nacional nos casos em que haja a opção de prestação de serviço de Assistência Funeral.

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. A idade mínima para contratação do Seguro é de 18 (dezoito) anos e a idade máxima é de 70 (setenta) anos.

5.2. O presente seguro será contratado ou alterado mediante Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo Proponente, seu representante ou corretor de seguros habilitado, documento este que conterá os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade – DPSA – é parte integrante da Proposta de Contratação e deverá ser preenchida e assinada pelo Proponente, ficando a sua dispensa a critério da OMINT. No caso de reabilitação, o Segurado deverá preencher e assinar a Proposta de Reabilitação.

5.3. No caso de seguro sobre a vida de outros, o Responsável pelo Pagamento será obrigado a declarar o seu interesse pela preservação da vida do Segurado.

5.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a Proposta, seja para seguros novos ou reabilitações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. Para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares apenas uma vez, durante este prazo.

5.4.1. Para avaliação do risco, além da Proposta de Contratação e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, a Seguradora poderá sugerir, opcionalmente, ao Proponente a realização de exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, o que determinará os termos da aplicação da Cláusula 23 (Período de Não Contestação).

5.5. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias acima referido será suspensa apenas uma vez nos casos em que seja necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco e voltará a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

5.6. Se, após o recebimento do resultado dos exames e informações solicitadas, a Seguradora manifestar-se pela aceitação da Proposta com ajuste da taxa do Prêmio, a aceitação integral da Proposta dependerá da concordância expressa do Proponente e do pagamento da diferença da antecipação do primeiro Prêmio pago em relação ao novo valor informado, no prazo estipulado pela Seguradora.

5.7. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da Proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

5.8. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Responsável pelo Pagamento, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado monetariamente pela variação do indexador estabelecido no plano. Neste caso, o Proponente terá cobertura de seguro entre a data de recebimento da Proposta com adiantamento do Prêmio e a data de formalização da recusa.

5.9. A emissão da Apólice de Seguro será feita em até 15 (quinze) dias corridos, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. A Vigência da Cobertura Básica Morte – Cobertura Vitalícia e sua Garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado para a Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal, assim como das Coberturas de Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo é por toda a vida do Segurado, desde que sejam pagos os Prêmios referentes ao prazo de pagamento previamente escolhido pelo Segurado, observada a Cláusula 22 (Cancelamento do Seguro) e as hipóteses de cancelamento de cada uma das Coberturas, conforme definido nas respectivas Condições Especiais.

6.1.1. A Garantia Dispensa de Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença da Morte – Cobertura Vitalícia, cessará quando o segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos.

6.1.2. As Coberturas Adicionais Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular e Diária de Internação Hospitalar, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos serão canceladas quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco).

6.2. A Vigência das Coberturas Adicionais de Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular, Diária de Internação Hospitalar, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos é pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos.

6.2.1. As Coberturas Adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada e Morte Acidental serão canceladas quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade.

6.2.2. A Cobertura Adicional de Morte –Cobertura Temporária poderá ser contratada pelo prazo de vigência de 5 (cinco), 10 (dez), 15 (quinze), 20 (vinte) ou 30 (trinta) anos.

6.2.3. As Coberturas Adicionais de Morte – Cobertura Temporária, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular, Diária de Internação Hospitalar, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, pelo mesmo período da contratação originária, salvo se a Omint Seguros ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela Renovação.

6.2.3.1. A Renovação automática das Coberturas Adicionais acima citadas só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas obrigatoriamente de forma expressa.

6.3. O início de Vigência da Apólice será a data do recebimento, pela Seguradora, da Proposta de Contratação de Seguro de Vida devidamente preenchida e assinada, com o comprovante de pagamento da antecipação do primeiro Prêmio, respeitado o disposto na Cláusula 5 (Aceitação do Seguro) destas Condições Gerais.

6.3.1. Caso a Proposta de Contratação tenha sido recepcionada pela Seguradora sem o pagamento do Prêmio, o início de Vigência da cobertura individual será a data da aceitação da Proposta pela OMINT ou outra data acordada entre a OMINT e o Segurado.

6.3.2. A Proposta de Contratação recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do Prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora.

6.4. O início e término de Vigência de cada Cobertura Adicional contratada serão fixados na Apólice, conforme os critérios especificados nas respectivas Condições Especiais.

6.4.1. O término de Vigência das Coberturas Adicionais poderá não coincidir com o final de Vigência das Coberturas Básicas.

6.5. A Apólice terá seu início e término de Vigência às 24h da data para tal fim nela indicada.

6.6. Este seguro, em relação às Coberturas Básicas, poderá ser alterado durante sua Vigência para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado, por solicitação do Segurado, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, mediante preenchimento de formulário específico, desde que respeitados os limites mínimos de Capital Segurado e prazo de Vigência do seguro, estabelecidos na Apólice, bem como atendidas as condições estabelecidas nas Cláusulas 11(Modificação para Seguro com Valor Saldado) e 12(Modificação para Benefício Prolongado) abaixo previstas.

7. CARÊNCIAS

7.1. Não haverá prazo de carência para as Coberturas Básicas, tampouco para as Coberturas Adicionais de Morte - Cobertura Temporária, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, Jazigo, Quebra de Ossos.

7.2. Para as Coberturas Adicionais de Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular, Diária de Internação Hospitalar e Proteção Cirúrgica, haverá período de carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

7.3. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma do art. 798 do Código Civil, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da Cobertura ou da recondução da Apólice, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência do seguro.

8. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

8.1. O Prêmio do presente seguro será correspondente à somatória dos valores dos Prêmios de cada uma das Coberturas Básicas e Adicionais contratadas.

8.1.1. Os Prêmios serão pagos mensalmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação, e sempre antecipadamente ao período de Cobertura.

8.1.2. Para as Coberturas Básicas, o Segurado poderá optar pelos seguintes períodos de pagamento de prêmio:

- a) por 5 anos;
- b) por 10 anos;
- c) por 15 anos;
- d) por 20 anos;
- e) por 30 anos;
- f) até 65 anos de idade;

g) até 75 anos de idade;

h) vitalício;

i) pagamento único.

8.2. Os Prêmios deste seguro são pagos antecipadamente em relação ao período de Vigência, custeados pelo Responsável pelo Pagamento a crédito da Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou cartão de crédito, de acordo com as opções oferecidas pela Seguradora.

8.3. Se a data do vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

8.4. Servirão de comprovante de pagamento do Prêmio:

a) o débito efetuado em conta corrente bancária;

b) o débito efetuado no cartão de crédito;

c) o recibo de pagamento bancário devidamente compensado; ou

d) a comprovação do desconto em folha de pagamento.

8.5. Caso o Responsável pelo Pagamento opte pelo débito em conta corrente ou cartão de crédito, na hipótese de cancelamento, por qualquer motivo, da conta corrente ou do cartão de crédito em que ocorria o débito, sem notificação prévia, automaticamente será estabelecida a cobrança por meio de boleto bancário.

8.5.1. A qualquer tempo, o Responsável pelo Pagamento poderá solicitar à Central de Atendimento a alteração do meio de cobrança.

8.6. **A obrigação de pagamento dos Prêmios à OMINT cabe exclusivamente ao Responsável pelo Pagamento, que responderá pelos efeitos contratuais do inadimplemento, conforme estabelecido nestas Condições Gerais, salvo nos casos de Cancelamento da Apólice.**

8.7. Os prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE ou, na falta deste, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – IPC/FIPE.

8.8. **Caso não seja efetuado o pagamento ou o repasse da primeira parcela do Prêmio, a contratação do seguro não será efetivada e a OMINT não estará obrigada a garantir o risco coberto.**

9. PERÍODO DE TOLERÂNCIA

9.1. Para as Coberturas Básicas e também para as Coberturas Adicionais, será adotado o Período de Tolerância de 60 (sessenta) dias, período durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

9.2. No caso da ocorrência de sinistro durante o Período de Tolerância, a Indenização será paga deduzida dos Prêmios devidos e não pagos, sendo estes acrescidos de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE

ou, na falta deste, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE.

9.3. A qualquer momento, antes do término do prazo de tolerância, o Responsável pelo Pagamento poderá efetuar o pagamento dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros moratórios iguais a 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo IPCA/IBGE ou, na falta deste, o INPC/IBGE.

9.4. Transcorrido o prazo de tolerância, caso não haja quitação dos Prêmios em aberto:

a) as Coberturas Adicionais serão automaticamente canceladas, sem que seja devida ao Segurado, a seus Beneficiários ou ao Responsável pelo Pagamento a percepção proporcional de qualquer indenização ou devolução dos Prêmios pagos;

b) em relação às Coberturas Básicas, a Apólice será suspensa ou modificada automaticamente para Seguro com Valor Saldado, conforme previsto na Cláusula 11 (Modificação para Seguro com Valor Saldado) abaixo.

9.5. A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) continuará sendo constituída normalmente durante o Período de Tolerância.

10. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

10.1. Se os Prêmios em atraso não forem quitados durante o Período de Tolerância e, caso haja Valor de Resgate suficiente, a Seguradora realizará, automaticamente, a mudança da Apólice para Seguro com Valor Saldado, para as Coberturas Básicas, conforme descrito na Cláusula **11 (Modificação para Seguro com Valor Saldado)** destas Condições Gerais. Nessa hipótese, o Valor de Resgate será utilizado para quitação dos Prêmios devidos e manutenção das Coberturas Básicas de Morte e Funeral Individual ou Funeral Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, pelo período de vigência original, com o Capital Segurado devidamente reduzido.

10.2. Caso não haja Valor de Resgate ou o Capital Segurado reduzido em função da mudança para Seguro com Valor Saldado não respeite o mínimo estipulado pela Seguradora, a Apólice ficará suspensa por até 3 (três) anos, a contar do dia imediatamente posterior ao último dia do Período de Tolerância. Este período de 3 (três) anos é chamado de Período de Suspensão.

10.2.1. Não haverá cobertura dos sinistros ocorridos e nem cobrança de Prêmios durante o Período de Suspensão.

10.3. Durante o Período de Suspensão, o Segurado poderá solicitar uma das seguintes alternativas:

- a) Reabilitação do seguro, mediante preenchimento de Proposta de Reabilitação, sujeitando-se a um novo processo de aceitação do risco, conforme Cláusula **5 (Aceitação do Seguro)**, e pagamento do valor necessário conforme item 10.4 destas Condições Gerais; ou
- b) Cancelamento do seguro com pagamento pela Seguradora do Valor de Resgate já constituído.

10.4. O valor devido para a reabilitação corresponderá ao montante necessário para recompor, na data da reabilitação da Apólice original, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) referente

às Coberturas Básicas, além das despesas de administração. Seu valor será calculado individualmente, em função do sexo e da idade do Segurado, do tempo de vigência da respectiva Apólice, do Período de Suspensão e do Capital Segurado em vigor na data da solicitação de reabilitação.

10.4.1. A reabilitação da Apólice se dará a partir das 24 horas da data do recebimento, pela Seguradora, da Proposta de Reabilitação devidamente preenchida e assinada, com o comprovante de pagamento do valor devido pela reabilitação da Apólice, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, pelos sinistros ocorridos a partir de então.

10.5. **A Apólice será cancelada se, findo o Período de Suspensão, o Segurado não tiver optado pela reabilitação. Nesse caso, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) já constituída, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da última variação da provisão até o efetivo pagamento ficará disponível para Resgate.**

10.6. Em caso de pedido de cancelamento do seguro durante o Período de Suspensão, o Valor de Resgate devido ao Segurado será aquele constituído na data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago, ou seja, anterior ao Período de Tolerância. Este valor será devidamente atualizado conforme a lei vigente, até a data de pagamento.

11. MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO - COBERTURAS BÁSICAS

11.1. O Responsável pelo Pagamento poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia e durante o período de pagamento dos Prêmios, solicitar a mudança do seguro original para Seguro com Valor Saldado, para a(s) Cobertura(s) Básica(s), interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer e mantendo-se o direito à percepção das Coberturas de Morte e de Funeral Individual ou Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, pelo período de vigência original, com o valor do Capital Segurado de cada Cobertura devidamente reduzido na data de solicitação da modificação, respeitado o Capital Segurado mínimo estipulado pela Seguradora e observado o disposto na **Cláusula 11.4**. A solicitação de modificação para Seguro com Valor Saldado deve ser feita em formulário apropriado.

11.1.1. **Em caso de mudança para Seguro com Valor Saldado por solicitação do Segurado, não será possível retornar ao valor original de Capital Segurado.**

11.2. O Valor de Resgate das Coberturas Básicas disponível na data da solicitação será utilizado para a manutenção do seguro pelo tempo originalmente contratado e, portanto, o Capital Segurado será reduzido em função do Prêmio único utilizado para sua quitação, sendo mantido o período de cobertura original. Neste caso, as demais características das Coberturas Básicas originalmente contratadas não sofrerão alterações, sendo mantido o seu período de cobertura original, inclusive a constituição de Valor de Resgate.

11.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar a solicitação de modificação para Seguro com Valor Saldado, a partir da data do seu recebimento. Caso a mudança para Seguro com Valor Saldado não seja possível, a Seguradora comunicará ao Responsável pelo Pagamento, por meio de correspondência, mantendo as coberturas e regras dispostas nestas Condições Gerais.

11.4. Caso a mudança seja efetivada, a Seguradora emitirá Endosso da Apólice com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Valor Saldado.

11.5. As Coberturas Adicionais, estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples, não poderão ser alteradas para Seguro com Valor Saldado, ocorrendo assim seu cancelamento no momento da modificação da Apólice.

12. MODIFICAÇÃO PARA BENEFÍCIO PROLONGADO - COBERTURAS BÁSICAS

12.1. O Responsável pelo Pagamento poderá, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia e durante o período de pagamento dos Prêmios, solicitar a mudança do seguro original para Seguro com Benefício Prolongado, para a Cobertura(s) Básica(s), interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer, mantendo-se, de forma temporária, somente o direito às Coberturas Básicas de Morte e de Funeral Individual ou Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, no valor do Capital Segurado em vigor na data de solicitação da modificação, desde que seja respeitado o Período de Vigência mínimo estipulado pela Seguradora e observado o disposto na Cláusula 12.5. A solicitação de modificação para Seguro com Valor Saldado deve ser feita em formulário apropriado.

12.2. O Valor de Resgate das Coberturas Básicas disponível na data da solicitação será utilizado para a manutenção do seguro e, portanto, o período de vigência da(s) Cobertura(s) Básica(s) será reduzido em função do Prêmio único utilizado para sua quitação. O Capital Segurado será mantido, assim como as características de atualização monetária até que finde o novo período de vigência da(s) Cobertura(s) Básica(s) estipulado.

12.3. Ao optar pela modificação para Seguro com Benefício Prolongado, o seguro deixará de ser vitalício e passará a ser um seguro temporário, sem possibilidade de Renovação. Não haverá constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) e nem possibilidade de solicitação de Valor de Resgate.

12.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar a solicitação de modificação para Seguro com Benefício Prolongado, a partir da data do seu recebimento. Caso a mudança para Seguro com Benefício Prolongado não seja possível, a Seguradora comunicará ao Responsável pelo Pagamento, por meio de correspondência, mantendo as coberturas e regras dispostas nestas Condições Gerais.

12.5. Caso a mudança seja efetivada, a Seguradora emitirá Endosso com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Benefício Prolongado.

12.6. As Coberturas Adicionais, estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples, não poderão ser alteradas para Benefício Prolongado, ocorrendo, assim, seu cancelamento no momento da modificação da Apólice.

13. VALOR DE RESGATE

13.1. Para as Coberturas Básicas, estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização, será

facultada ao Segurado a solicitação de recebimento do correspondente Valor de Resgate, a partir do 25º (vigésimo quinto) mês de vigência da Apólice, desde que o seguro esteja com os Prêmios pagos em dia. A partir deste mês, o Segurado poderá solicitar expressamente o pagamento Total do seu Valor de Resgate, com o conseqüente cancelamento do seguro, ou o pagamento Parcial do seu Valor de Resgate sendo reduzido o capital segurado da cobertura básica vitalícia na mesma proporção.

13.1.1. Se a solicitação do Valor de Resgate ocorrer durante o Período de Tolerância ou houver parcela de prêmio pendente a vencer no momento do pagamento, a quantia será paga após dedução dos Prêmios devidos e não pagos, sendo estes acrescidos de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE ou, na falta deste, pelo Índice de Preços ao Consumidor – IPC/FIPE.

13.2. Para se habilitar ao recebimento do resgate, o segurado deverá enviar a seguinte documentação:

- a) pedido expresso do Segurado solicitando o pagamento do Valor de Resgate;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF; e
- c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.) com data do mês de solicitação do resgate.

13.3. Recebida a solicitação pela Seguradora para o pagamento do Valor de Resgate e confirmado o preenchimento dos requisitos, este será liberado por crédito na conta bancária indicada de titularidade do Segurado, pagável no domicílio ou na praça por ele indicada, no prazo máximo de 5 dias úteis, contados da data do seu recebimento e desde que a documentação esteja completa.

13.4. O Valor de Resgate não corresponde ao valor total dos prêmios pagos pelas Coberturas Básicas e começa a ser constituído a partir do 25º (vigésimo quinto) mês de vigência da apólice.

13.5. O Valor de Resgate, quando solicitado, será atualizado monetariamente tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data da solicitação, caso a Apólice esteja vigente, ou da data do cancelamento até a data do efetivo pagamento.

13.5.1. Caso o pagamento do Valor de Resgate seja feito após o decurso do prazo descrito na Cláusula 13.3 acima, o valor ficará acrescido de atualização monetária pelo IPCA/IBGE acumulada desde a data da solicitação, caso a Apólice esteja vigente, ou da data do cancelamento até a data do efetivo pagamento acrescida de juros de 0,5% a.m. (meio por cento ao mês), em base pro rata temporis.

13.6. Com a solicitação do pagamento do Valor de Resgate e preenchimento dos requisitos acima previstos, a Apólice de Seguro será cancelada, extinguindo-se o direito do Segurado às Coberturas Básicas e também às Coberturas Adicionais.

13.7. Se a Apólice for cancelada em razão do pagamento do Capital Segurado, cessará o direito ao Valor de Resgate.

13.8. O Segurado que receber a Antecipação Parcial do Capital Segurado para Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal deverá continuar pagando Prêmios correspondentes ao Capital Segurado, fazendo jus ao Valor de Resgate, conforme descrito nesta cláusula.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. Para fins deste seguro, o Capital Segurado estabelecido na Apólice é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, caracterizado de acordo com as Condições Especiais de cada cobertura.

14.2. O Capital Segurado para cada Cobertura contratada neste seguro estará estabelecido na Apólice em moeda corrente nacional, respeitados os limites mínimos e máximos previamente estabelecidos pela OMINT.

14.3. O Segurado poderá solicitar a alteração do valor do Capital Segurado a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia.

14.3.1. A alteração do valor do Capital Segurado deverá ser solicitada por meio de formulário apropriado, que será submetido à Seguradora.

14.3.2. A aceitação da alteração de Capital Segurado estará sujeita à análise de risco, conforme previsto na Cláusula 5 destas Condições Gerais. A alteração somente produzirá efeito a partir da formalização da aceitação da referida solicitação.

14.3.3. Para manter o seguro em vigor, deverão ser respeitados os limites mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio previamente estabelecidos e informados pela Seguradora.

14.3.4. Após a alteração do Capital Segurado, para manter as coberturas contratadas em vigor, o Responsável pelo Pagamento deverá continuar pagando os Prêmios das coberturas contratadas. Os valores dos Prêmios serão alterados com base no Capital Segurado.

15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

15.1. O Capital Segurado contratado pelo Segurado e, por consequência, o respectivo Prêmio serão atualizados monetariamente a cada aniversário da Apólice com base na variação acumulada do índice indicado no item 15.3 destas Condições Gerais, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao da última atualização anual.

15.2. Quando houver pagamento de prêmio em periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item 15.3 desde a data da última atualização até a data de ocorrência do respectivo Evento Coberto, sendo que, nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15.3. Para efeito de atualização monetária, será utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

15.3.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/FIPE.

15.4. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) e o Valor de Resgate serão

atualizados mensal e monetariamente com base na variação mensal do IPCA/IBGE referente ao 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização, bem como sujeitos à capitalização atuarial com base na taxa de juros de **3% a.a.** (três por cento ao ano), enquanto a apólice estiver em vigor.

15.4.1. A capitalização atuarial mencionada no item anterior considera os seguintes fatores:

- a) probabilidade de morte;
- b) idade;
- c) sexo;
- d) ano de vigência da Apólice;
- e) coberturas contratadas; e
- f) Capital Segurado.

15.5. As Coberturas Básicas e Adicionais previstas no presente seguro possuem Prêmios fixos, estabelecidos por Cobertura e aplicáveis durante o respectivo período de Vigência de cada Cobertura, sem previsão de reajustes de Prêmios por reenquadramento etário.

15.6. Após o período da vigência, no momento da renovação, os prêmios das Coberturas Adicionais Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular, Diária de Internação Hospitalar, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos sofrerão reajuste em decorrência da mudança de idade do Segurado e conseqüente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

15.6.1. O acréscimo de que trata o item anterior será realizado na data de aniversário da Apólice de Seguro, caso seja renovada, de acordo com a mudança de idade do Segurado.

16. EXTRATO DOS VALORES DO SEGURO

16.1. Anualmente e sempre que solicitado pelo Segurado, a Seguradora providenciará o envio de extrato contendo os valores atuais do Seguro: Prêmio, Capital Segurado para cada Cobertura e Valor de Resgate.

17. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

17.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, Carta Registrada ou outro meio de comunicação oferecido pela OMINT Seguros, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

17.1.1. A comunicação feita por qualquer meio não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à OMINT Seguros.

17.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro e pagamento do Capital Segurado eventualmente devido, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da **Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro)**, além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, bem como de todos os demais que se fizerem necessários e pertinentes à liquidação do sinistro.

17.3. Em caso e dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos, além daqueles estabelecidos na **Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro)** e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 17.2 desta cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

17.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 17.2 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos subitens 17.4 e 17.5 desta cláusula, aplicados a partir da data de ocorrência do sinistro, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

17.4. A título de juros de mora, será utilizado o percentual de 6% (seis por cento) ao ano, calculado pro rata die a partir da data da ocorrência do sinistro até a data do efetivo pagamento.

17.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 15.3 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

17.5.1. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado antes da data de sua efetiva liquidação.

17.6. O pagamento será feito sob a forma de parcela única, por meio de crédito em conta, pagável no domicílio ou praça indicados pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado no aviso de sinistro.

17.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado e/ou Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela OMINT Seguros.

17.8. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado e/ou Beneficiário(s), respeitando-se o limite de cobertura estabelecido na Apólice, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

17.9. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvem reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17.10. Qualquer pretensão do Segurado ou Beneficiário com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

18. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos, abaixo indicados, **além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada**, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser autenticadas:

18.1. Para qualquer sinistro:

Formulários fornecidos pela OMINT Seguros e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas;
- c) Declaração de Únicos Herdeiros, na hipótese de inexistir indicação de Beneficiário, nos termos do item 21.2 da Cláusula 21 (Designação e Alteração de Beneficiários).

18.1.2. Documentos do Segurado (cópias autenticadas):

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência (data recente).

18.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s) maior(es) de 18 anos (cópias autenticadas):

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) CPF;
- c) Comprovante de residência (data recente);
- d) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- e) Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar:
 - i. Cópia da anotação na Carteira de Trabalho; ou
 - ii. Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda; ou
 - iii. Declaração de União Estável registrada em cartório pelo Segurado, com data anterior à ocorrência do sinistro, com declaração de duas testemunhas atestando que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.
- f) Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).

18.1.4. Documentos do(s) Beneficiário(s) menor(es) de 18 anos (cópias autenticadas):

- a) Carteira de Identidade (RG);
- b) Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- c) Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz;
- d) Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe.

18.2. Em qualquer hipótese, a OMINT Seguros poderá solicitar documentos complementares além daqueles já descritos nas Condições Contratuais, para término da liquidação do sinistro.

18.3. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de esta pessoa ser um médico habilitado.

19. JUNTA MÉDICA

19.1. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas à existência de cobertura securitária, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice, será proposta pela OMINT Seguros, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela OMINT Seguros, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido em conjunto pelos dois nomeados. Em havendo divergência entre Seguradora e Segurado quanto ao médico desempatador a ser nomeado, a Associação Médica Brasileira (AMB) será consultada para que indique o respectivo profissional.

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

19.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão rateados de forma igualitária entre o Segurado e a OMINT Seguros.

20. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

20.1. É facultado exclusivamente ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), mediante comunicação escrita à OMINT Seguros, ressalvadas as restrições legais.

20.2. Não sendo instituído beneficiário pelo Segurado, será respeitado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

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

(artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

20.4. A substituição do(s) Beneficiário(s) só poderá ser efetuada se o segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade e se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

20.5. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado, desde que recebida pela OMINT Seguros antes da ocorrência do sinistro.

20.6. Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no item 21.5 desta cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

20.7. Em caso de indicação de pessoa jurídica como Beneficiária do seguro, deverá ser comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

20.8. Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada será paga nos termos do artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido independentemente de notificação ou interpelação judicial e sem que caiba indenização a qualquer parte nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento do Prêmio após o Período de Suspensão e desde que não haja opção pela reabilitação do seguro, conforme disposto na Cláusula 10.5;**
- b) automaticamente, com a morte do Segurado durante a Vigência do seguro;**
- c) mediante solicitação do segurado à OMINT Seguros, sendo devido o Valor de Resgate, conforme Cláusula 13 (Valor de Resgate das Coberturas Básicas), quando houver;**
- d) com o fim do novo período de Vigência temporário da Apólice, após mudança para Benefício Prolongado, conforme Cláusula 12 (Modificação para Benefício Prolongado) das Condições Gerais;**
- e) quando houver solicitação de pagamento do Valor de Resgate, nos termos do disposto na Cláusula 13 (Valor de Resgate das Coberturas Básicas);**
- f) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;**
- g) se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.**

21.2. O pagamento de Prêmios pelo Responsável pelo Pagamento, de qualquer valor, à OMINT Seguros após a data de rescisão não implica a reabilitação do seguro nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido devidamente corrigido.

21.3. O presente seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes.

21.4. Quaisquer cobranças de Prêmios efetuadas indevidamente pela Seguradora, pagamento de Prêmio ou outros valores, após a data de cancelamento do seguro, serão nulas e sem qualquer efeito, independentemente de aviso ou notificação, ficando à disposição do Responsável pelo Pagamento a importância paga indevidamente, atualizada monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento do Prêmio até a data da sua devolução.

21.5. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21.6. Durante a vigência, a Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

22. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. A OMINT Seguros não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o Segurado, Responsável pelo Pagamento, seu representante ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio devido.

22.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado ou Responsável pelo Pagamento, a OMINT Seguros poderá:

a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- **cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- **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**
- **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.**

c) 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.

22.2. A OMINT Seguros não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do Segurado, do Responsável pelo Pagamento, do(s) Beneficiário(s), seu representante ou corretor de seguros:

- a) tentativa de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;**
- b) inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas nestas condições;**
- c) prática de dolo, fraude ou sua tentativa, simulação para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado, Responsável pelo Pagamento ou o Beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro.**

22.3. Caso o Segurado agrave intencionalmente o seu risco coberto pelo seguro, perderá o direito à indenização.

22.4. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perder o direito à indenização se for provado que silenciou de má-fé. Recebido o aviso de agravação do risco, sem culpa do Segurado, a Seguradora poderá:

- a) no prazo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento do aviso, cancelar a Apólice de Seguro, dando ciência de sua decisão, por escrito, ao Segurado, ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada. O cancelamento da Apólice de Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio pela Seguradora, calculada proporcionalmente ao período do Risco a decorrer;**
- b) propor a continuidade do contrato e cobrar a diferença do Prêmio cabível.**

22.4.1 Devido à estruturação técnica deste seguro, a Seguradora não utilizará a informação de agravamento de Risco Coberto para alterar direitos e deveres ora previstos nestas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio, exceto em casos de reabilitação do seguro conforme **Cláusula 10 (Suspensão e Reabilitação do Seguro)**.

23. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

23.1. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do Capital Segurado em casos de Doenças ou Lesões Preexistentes do Segurado, desde que respeitadas as regras estabelecidas na Cláusula 22 (Perda de Direito à Indenização) e se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

- a) 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice ou da data de Reabilitação do seguro, aprovada pela Seguradora, caso o Segurado tenha se submetido a exames**

médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação ou Reabilitação; ou

- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice ou da data de Reabilitação do seguro, aprovada pela Seguradora, caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação ou Reabilitação.

24. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS

Ficam a seguir definidos os termos técnicos utilizados neste contrato:

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:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- 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 micro traumas cumulativos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesões 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Agravamento de Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção de prejuízo à Seguradora, que aumentem a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do sinistro.

Apólice de Seguro: Documento emitido pela Omint Seguros, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à OMINT Seguros, assim que dele tenha conhecimento.

Beneficiário(s): são a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado na hipótese de ocorrência do Sinistro.

Boa-fé: conduta honesta em que devem se pautar o Segurado e a OMINT Seguros, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

Cancelamento: resolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela OMINT Seguros em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas constará na Apólice de Seguro.

Carência: período, contado a partir do início da vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, no caso de ocorrência do evento coberto, o Segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento do(s) capital(is) segurado(s) contratado(s). O limite máximo que um plano de seguro pode estabelecer como prazo de carência é de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Coberturas: diversas garantias passíveis de contratação oferecidas pela OMINT Seguros, definidas nas Condições Especiais. Dividem-se em Básicas e Adicionais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente na Apólice de Seguro.

Coberturas de risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também aqui denominadas Condições Gerais e Condições Especiais. incluindo as constantes na Proposta de Contratação, nas Condições Gerais e Especiais, na Apólice e na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas às coberturas adicionais, que, eventualmente, alteram e prevalecem sobre as Condições Gerais.

Condições Gerais: conjunto das cláusulas que regem um mesmo Plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a OMINT Seguros, que estabelece as peculiaridades da contratação de seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

Corretor de Seguros: intermediário (pessoa física ou jurídica) legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.

Dano Estético: qualquer dano físico / corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

Data de Exigibilidade: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas.

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: conjunto de informações fornecidas pelo Proponente à Seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, na data da assinatura do referido documento, que configura parte integrante da Proposta de Contratação e/ou de Reabilitação, responsabilizando-se o Proponente/Segurado pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela OMINT Seguros por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

Endosso: documento expedido pela OMINT Seguros, a pedido do Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

Evento Coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante

a sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro. Ao Formulário de Aviso de Sinistro devem ser anexados os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, de acordo com a cobertura pleiteada.

Franquia: período, em dias, contado a partir da data do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

Garantia: designação utilizada para definir as demais responsabilidades assumidas pela Seguradora no âmbito da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Vitalícia, correspondentes à Dispensa de Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença e à Antecipação Parcial da Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal.

Indenização: pagamento efetuado pela OMINT Seguros ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

Início de Vigência: data a partir da qual a(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) garantida(s) pela Seguradora.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. 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, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da OMINT Seguros.

Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

Período de Não Contestação: período durante o qual a Seguradora não poderá alegar Doença ou Lesão Preexistente para contestar o pagamento da Indenização, observadas as regras estabelecidas no tocante a declarações inexatas e omissões.

Período de Suspensão: período de até 3 (três) anos, contados a partir do dia imediatamente posterior ao fim do Período de Tolerância, na falta de pagamento de Prêmio, durante o qual o Segurado não fará jus a qualquer das Coberturas constantes destas Condições Gerais, podendo optar por reabilitar ou cancelar a Apólice. Não haverá cobrança de prêmios durante tal período.

Período de Tolerância: período de 60 (sessenta) dias ininterruptos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus às coberturas contratadas, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

Prêmio: valor pago pelo Segurado ou pelo Responsável pelo Pagamento à OMINT Seguros em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

Processo SUSEP: é o número de registro do produto junto à Susep (Superintendência de Seguros Privados), a ser comercializado pela OMINT SEGUROS.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro, preenchendo e assinando a Proposta de Contratação.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas por estas condições contratuais.

Proposta de Reabilitação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de reabilitar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas por estas condições contratuais.

Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC): provisão atuarialmente constituída, calculada mensalmente para as Apólices em vigor, considerando a idade e o sexo do Segurado, o Capital Segurado e a periodicidade de pagamento dos Prêmios para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados antes do pagamento do benefício.

Regime Financeiro de Capitalização: estrutura técnica em que os Prêmios são determinados de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos Capitais Segurados a serem pagos no respectivo período.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias envolvidas, com a finalidade de verificar caracterização de evento e seu enquadramento no seguro.

Reintegração do Capital Segurado: recomposição do Capital Segurado após ocorrência de sinistro coberto.

Renovação: recondução do contrato de seguro por novo período, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Responsável pelo Pagamento: pessoa física ou jurídica, que pode ser o próprio Segurado ou terceiro, que assume o compromisso de pagar os Prêmios.

Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, que ocorre independentemente da

vontade do Segurado.

Risco Coberto: evento previsto na Apólice de Seguro de Vida que, em caso de comprovada concretização, enseja o pagamento do Capital Segurado.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos não cobertos pelo seguro, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais.

Seguradora: sociedade legalmente autorizada que, mediante recebimento do Prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto. É a OMINT Seguros S.A.

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguro com Benefício Prolongado: interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se, de forma temporária, o direito às Coberturas Básicas de Morte e Funeral Individual ou Funeral Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, no valor do Capital Segurado em vigor na data de solicitação da modificação.

Seguro com Valor Saldado: interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se o direito à percepção das Coberturas Básicas de Morte e Funeral Individual ou Funeral Familiar, caso alguma delas tenha sido contratada, pelo mesmo período contratado originalmente, com o valor do Capital Segurado devidamente reduzido na data de solicitação da modificação.

Sinistro: ocorrência de risco coberto durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

Valor de Resgate: valor da restituição ao Segurado, em moeda corrente nacional, do percentual do montante acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder. Do valor de resgate serão deduzidos quaisquer Prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária. O valor de Resgate não representa a somatória ou devolução dos prêmios pagos.

Vigência: período de tempo compreendido entre a data de início e de término do Contrato de Seguro.

25. DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravo Mórbido: evolução com piora de uma doença.

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental 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, tornando o Segurado total e permanentemente incapacitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo Sistema Nervoso.

Atividade Profissional: ocupação profissional declarada pelo Proponente, reconhecida legalmente, da qual ele auferir seu rendimento e provém seu sustento.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Cardiopatía Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatía Grave".

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado clinicamente normal.

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronicada).

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que evolui em curso de piora, com ou sem o tratamento.

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o Segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame Anatomopatológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Internação Hospitalar: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em Hospital/Clínica, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

Sequela: qualquer lesão anatômica funcional ou psíquica que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

26.2. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

26.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

26.4. A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco.

27. FORO CONTRATUAL

27.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

OMINT SEGUROS S.A.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – COBERTURA VITALÍCIA

1. A Cobertura Básica de Morte – Cobertura Vitalícia engloba, além do Risco de morte do Segurado, as Garantias de Dispensa do Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença e a Antecipação Parcial da Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal, de acordo com as condições e limites dispostos a seguir.

Morte do Segurado - Objetivo

1.1. Esta Cobertura, desde que pago o Prêmio a ela correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, de uma única vez, em caso de morte do Segurado durante a Vigência do seguro, por causas naturais ou acidentais, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Ocorrendo a morte do Segurado após a opção pela Antecipação Parcial do Capital Segurado para a Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal, o Capital Segurado contratado para a presente Cobertura será reduzido de acordo com o valor já antecipado.

1.3. A Cobertura Básica de Morte não se acumula com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Básica de Morte, deduzida a importância já paga por invalidez.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 20 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) certidão de Óbito do Segurado;
- b) certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado;
- c) relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) radiografias do segurado (quando houver);
- g) guia de internação hospitalar (quando houver);
- h) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

5.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 5.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) cópia da certidão de registro de ocorrência policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) laudo de necropsia, se realizado;
- d) laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado;
- e) cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- f) cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- g) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

1.1. Na hipótese de ficar caracterizada a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado por Doença ou a Invalidez Permanente Total do Segurado por Acidente, nos termos das Cláusulas 3 e 4 abaixo previstas, respectivamente, fica garantido o pagamento dos Prêmios a vencer devidos para a presente Cobertura Básica de Morte, e, se contratadas, para as Coberturas Básicas de Funeral Individual ou Funeral Familiar.

1.2. O Responsável pelo Pagamento deverá pagar todos os Prêmios devidos até que a Seguradora confirme a caracterização da Garantia de Dispensa de Prêmio. Neste caso, os Prêmios pagos desde a data da ocorrência do evento serão devolvidos ao Responsável pelo Pagamento, atualizados monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento dos Prêmios até a data da efetiva devolução.

1.3. Se o Segurado ficar total e permanentemente inválido em decorrência de acidente ou doença até os 65 (sessenta e cinco) anos de idade, o Responsável pelo Pagamento estará dispensado do pagamento de todos os Prêmios devidos a partir da data da ocorrência do evento até o término do período de pagamento.

1.4. Após a análise de sinistro, caso não se constate a caracterização do quadro de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou Invalidez Permanente Total por Acidente, nos termos das Cláusulas 3 e 4 abaixo previstas, os Prêmios relativos à presente Cobertura Básica de Morte deverão continuar sendo pagos regularmente pelo Responsável pelo Pagamento, até o fim do período de pagamento do seguro.

1.5. Não se caracterizará como hipótese de Dispensa do Prêmio nenhum tipo de invalidez que ocorra após as seguintes situações:

- a) término do período de pagamento do Prêmio deste seguro, por qualquer razão;
- b) solicitação do Valor de Resgate;
- c) mudança para Seguro com Valor Saldado;
- d) mudança para Seguro com Benefício Prolongado; ou
- e) cancelamento do seguro, por qualquer razão.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;
- c) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- d) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e
- e) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- f) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

2.2. A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do Poder Público e por outras instituições público-privadas não caracteriza, por si só, a invalidez permanente por acidente ou doença.

3. DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

3.1. Para que haja direito à antecipação, é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado exclusivamente em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

3.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença**:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento

direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual, **decorrente de doença**:

- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos, desde que atingida a pontuação necessária após avaliação por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) constante do item 3.6.2.

3.4. A Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado deve ser comprovada por meio de declaração médica detalhada pelo médico-assistente do Segurado, justificando seu estado de invalidez, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

3.5. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde

que, avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), seja atingida a marca mínima de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.6. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) é composto por duas Tabelas.

3.6.1. A primeira é a **Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos**, que permite avaliar, por meio de escalas, com 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.6.2. A segunda é a **Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade**, que valoriza cada uma das situações nela previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
 TABELA 1**
**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS
 E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

3.7. As despesas desembolsadas pelo Segurado, objetivando demonstrar a Invalidez Funcional

Permanente Total por Doença, são de responsabilidade deste, salvo aquelas realizadas diretamente pela OMINT Seguros com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

3.8. As providências que a OMINT Seguros tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

4. DISPENSA DE PRÊMIO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

4.1. Para fins da Dispensa do Prêmio, entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total dos membros ou órgãos constantes abaixo relacionados, em virtude de lesão física, causada exclusivamente por Acidente Pessoal devidamente coberto, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva, culminando em um ou mais dos eventos abaixo relacionados:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os membros superiores;
- perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- perda total do uso de ambos os pés;
- alienação mental total e incurável; e
- nefrectomia bilateral (perda total de ambos os rins).

4.2. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica que ateste o nexo entre a invalidez permanente e total observada e o Acidente Pessoal ocorrido, bem como a conclusão do tratamento ou o esgotamento dos recursos terapêuticos para recuperação.

5. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE OU DOENÇA

5.1. Caracterizada a Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença do Segurado, nos termos acima, os Prêmios a vencer da presente Cobertura Básica de Morte, na data da constatação da invalidez, serão quitados.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

6.1.1. Em caso de invalidez por doença, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) declaração médica com informações e registros médicos, contendo diagnóstico inicial, evolução e indicação da **data exata** do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos **subitens 3.2 e 3.3** destas Condições Especiais e que justifique a inviabilidade de forma irreversível do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
- b) exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante;
- c) cópia da carteira de trabalho e previdência social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida;
- d) a avaliação da perda cognitiva deverá incluir, além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

6.1.2. Em caso de ocorrência de invalidez por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser autenticadas:

- a) radiografias do segurado (quando houver);
- b) guia de internação hospitalar (quando houver);
- c) cópia da carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- d) cópia do laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, caso esta informação não conste do laudo de exame de corpo delito;
- e) cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f) cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- g) cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- h) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6.2. Não restando comprovado o Evento Coberto, a obrigação de pagamento integral dos Prêmios da presente Cobertura pelo Responsável pelo Pagamento permanecerá em vigor, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

7. CANCELAMENTO DA GARANTIA**7.1. Esta Garantia será cancelada:**

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado;**
- c) após o término do pagamento dos prêmios deste seguro, por qualquer razão; ou**
- d) quando o Segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos.**

ANTECIPAÇÃO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO PARA MORTE EM CASO DE DOENÇA TERMINAL

1. OBJETIVO

1.1. Caso o Segurado seja diagnosticado com uma das doenças previstas na Cláusula 2 abaixo, em estágio terminal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro, fica garantida a antecipação de parte do Capital Segurado contratado para a presente Cobertura Básica de Morte, vigente à época do Evento Coberto. O valor da antecipação poderá corresponder a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado da Cobertura Básica de Morte ou a valor diverso estabelecido para a presente Cobertura, conforme especificado na Apólice.

1.1.1. Para fins desta Garantia, consideram-se doenças em estágio terminal aquelas doenças listadas na Cláusula 2 abaixo, para as quais não haja qualquer alternativa terapêutica e perspectiva de reversibilidade, cujo único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos, sendo o Segurado considerado fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevida do Segurado inferior a 6 (seis) meses.

1.1.2. Somente haverá Garantia para a doença em estágio terminal diagnosticada pela primeira vez dentro do período de vigência da Cobertura.

1.1.3. Somente haverá Garantia para a primeira doença terminal diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença terminal.

1.2. Não haverá adiantamento do Capital Segurado previsto para a Cobertura Adicional de Morte - Cobertura Temporária, caso contratada.

1.3. No caso de antecipação parcial de até 50% do Capital Segurado da presente Cobertura Básica de Morte, o valor do Prêmio desta Cobertura continuará a ser cobrado do Responsável pelo Pagamento, no mesmo valor integral correspondente ao Capital Segurado contratado.

1.4. A presente Garantia será automaticamente cancelada após adiantamento parcial do Capital Segurado para a Cobertura Básica de Morte.

2. DOENÇAS TERMINAIS COBERTAS

2.1. Câncer

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. O termo "câncer" também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

2.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama e neoplasia intraepitelial cervical – NIC-1, NIC-2 e NIC-3);
- b) câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 (sete) ou estadiamento menos avançado que T2, N0, M0;
- c) leucemia linfocítica (ou linfoide) crônica – LLC no estágio A de Binet;
- d) carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase, e melanoma maligno estágio IA (T1 a N0, M0);
- e) carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1, N0, M0;
- f) micro carcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- g) policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;
- h) gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- i) linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori;
- j) tumor estromal gastrointestinal (GIST) estádios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;
- k) linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- l) carcinoma micro invasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;
- m) carcinoma micro invasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

2.2. Doença Cardíaca Grave

Doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

2.2.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) angioplastias;
- b) outros procedimentos intra-arteriais;

- c) cirurgia por toracotomia mínima;
- d) o infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST, somente com elevação de troponina "I" ou "T";
- e) outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável);
e
- f) infarto do miocárdio silencioso.

2.3. Insuficiência Renal Terminal

Etapa final de doença renal, caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou realização de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por um médico especialista.

2.4. Doença Pulmonar Grave

Doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional;
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e
- c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA TERMINAL

4.1. Caracterizada a Doença Terminal, nos termos acima, **será adiantado ao próprio Segurado 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado para a Cobertura Básica de Morte ou valor diverso especificado na Apólice, vigente na data da Declaração Médica do diagnóstico da doença terminal.**

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. **Para fazer jus a essa Garantia, o Segurado deverá provar à Seguradora que sua sobrevivência é de 6 (seis) meses a partir da data do diagnóstico da doença terminal.**

5.2. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a)** relatório médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b)** documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames;
- c)** cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela relacionado ao Segurado, se houver, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência com data recente do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- d)** radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado.

6. CANCELAMENTO DA GARANTIA

6.1. Esta Garantia será cancelada:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado; ou**
- c) caso haja a antecipação parcial do Capital Segurado da Cobertura de Morte.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Todas as disposições acima quanto à Cobertura Básica de Morte do Segurado e Garantias de Dispensa de Prêmio em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença e Antecipação Parcial da Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal são parte integrante das Condições Especiais da Cobertura Básica de Morte.

7.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas condições permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas condições.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL INDIVIDUAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. **Alternativamente ao reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) optar pela utilização do serviço de Assistência Funeral, a ser prestado por empresa terceirizada contratada pela OMINT. O serviço de Assistência Funeral somente será prestado no Brasil, de acordo com a rede de atendimento da referida empresa contratada pela OMINT.**

1.3. **No caso da opção pela Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 3.1, alínea "n", das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Será(ão) Beneficiário(s) dessa cobertura aquele(s) que provar(em) que arcou(aram) com as despesas de funeral do Segurado.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro)

das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) certidão de nascimento (se solteiro) ou certidão de casamento, emitida após o óbito do segurado;
- c) relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) radiografias do segurado (quando houver);
- g) guia de internação hospitalar (quando houver); e
- h) comprovantes **originais** das despesas com o funeral.

5.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 5.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência Policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) Laudo de Necropsia, se realizado;
- d) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada caso **haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte**.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao(s) Segurado e ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado ou de seus familiares, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta Cobertura, serão considerados como familiares do Segurado seu cônjuge, companheiro, filhos e enteados. A enumeração é taxativa e não exemplificativa.

1.3. Alternativamente ao reembolso das despesas incorridas com o funeral do Segurado ou de seus familiares, o(s) Beneficiário(s) poderá(ão) optar pela utilização do serviço de Assistência Funeral, a ser prestado por empresa terceirizada contratada pela OMINT, indicada na Apólice. O serviço de Assistência Funeral somente será prestado no Brasil, de acordo com a rede de atendimento da referida empresa contratada pela OMINT.

1.4. No caso da opção pela Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 3.1, alínea "n", das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do óbito do Segurado ou do familiar constante na Certidão de Óbito.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Será(ão) Beneficiário(s) dessa cobertura aquele(s) que provar(em) que arcou(aram) com as despesas de funeral do Segurado ou de seus familiares

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

5.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado/familiar, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) certidão de óbito do segurado/familiar;
- b) certidão de nascimento (se solteiro) ou certidão de casamento, emitida após o óbito do segurado/familiar;
- c) relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do segurado/familiar, quando houver;
- f) radiografias do segurado/familiar (quando houver);
- g) guia de internação hospitalar (quando houver);
- h) comprovantes **originais** das despesas com o funeral.

5.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 5.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) cópia da certidão de registro de ocorrência policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado/familiar;
- c) laudo de necropsia, se realizado;
- d) laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado;
- e) cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- f) cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- g) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;

h) Comprovantes originais das despesas com Funeral.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada **caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE – COBERTURA TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, de uma única vez, em caso de morte do Segurado durante a vigência do seguro, por causas naturais ou acidentais, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. A Cobertura Adicional de Morte - Cobertura Temporária não se acumula com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Adicional de Morte - Cobertura Temporária, deduzida a importância já paga por invalidez.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 20 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. VIGÊNCIA

5.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco), 10 (dez), 15 (quinze), 20 (vinte) ou 30 (trinta) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo inicialmente contratado, nos termos da Cláusula 6.2.2 das Condições Gerais .

5.2. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

5.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 5.2 destas Condições Especiais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

6.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) certidão de nascimento (se solteiro) ou certidão de casamento, emitida após o óbito do segurado;
- c) relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;
- d) cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) radiografias do Segurado (quando houver);
- g) guia de internação hospitalar (quando houver);
- h) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

6.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 6.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) cópia da certidão de registro de ocorrência policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) laudo de necropsia, se realizado;
- d) laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado;
- e) cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);

- f) cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- g) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;
- b) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, de uma única vez, em caso de morte do Segurado durante a vigência do seguro, em decorrência única e exclusiva de Acidente Pessoal, devidamente coberto pelo seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 24 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.3. A Cobertura Adicional de Morte Acidental não se acumula com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratadas conjuntamente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Adicional de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos desta cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito e;
- c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal sofrido pelo Segurado.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será pago ao(s) Beneficiário(s) indicado pelo Segurado ou, na falta de indicação, aos herdeiros legais, conforme indicado pela Cláusula 20 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

5. VIGÊNCIA

5.1. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

5.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 5.1 destas Condições Especiais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a)** cópia da certidão de óbito do segurado;
- b)** certidão de nascimento (se solteiro) ou certidão de casamento emitida após o óbito do segurado;
- c)** cópia da certidão de registro de ocorrência policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- d)** CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e)** laudo de necropsia, se realizado;
- f)** laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado;
- g)** cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- h)** cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- i)** cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura será cancelada:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL
OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão, em virtude de lesão física provocada por Acidente Pessoal devidamente coberto ocorrido durante o período de vigência da Cobertura, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 24 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.3. Para fins desta cobertura, entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da Tabela prevista no item 1.16 desta Cobertura, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal devidamente coberto.

1.4. **A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumula com a Cobertura Básica de Morte, tampouco com as Coberturas Adicionais de Morte e de Morte Acidental. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Básica de Morte e pelas Coberturas Adicionais de Morte e de Morte Acidental, caso contratadas conjuntamente, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.**

1.5. No caso de pagamento de indenização referente a sinistro de invalidez parcial, o Capital Segurado será reintegrado automaticamente após o sinistro.

1.6. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente parcial por acidente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a invalidez sofrida e os percentuais previamente definidos na “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante do item 1.16 desta Cobertura.

1.7. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, **a indenização por perda parcial será calculada pela multiplicação entre o percentual previsto na referida Tabela (item 1.16) para sua perda total e o percentual correspondente ao grau de redução funcional apresentado pelo Segurado.**

1.8. Na falta de indicação do percentual de redução do órgão ou membro do Segurado por contado acidente sofrido e, sendo informado apenas o grau de redução como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

1.9. Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, tendo em vista não se tratar a presente Cobertura de seguro de invalidez profissional.

1.10. Quando o mesmo acidente resultar em invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se os respectivos percentuais previstos na Tabela, sem que exceda 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.

1.11. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.

1.12. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.13. A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

1.14. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

1.15. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do Poder Público e por outras instituições público-privadas não caracteriza, por si só, a invalidez permanente por acidente.

1.16. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10

Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30

SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40

TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapse	30
Incontinência fecal com prolapse	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos desta Cobertura definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

- b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;**
- c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do acidente. O Capital Segurado devido dependerá da caracterização de invalidez total ou parcial e será calculado de acordo com o disposto no item 1.6 e Tabela constante do item 1.16.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal sofrido pelo Segurado.

4. VIGÊNCIA

4.1. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos .

4.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 4.1 destas Condições Especiais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) radiografias do segurado (quando houver);**
- b) guia de internação hospitalar (quando houver);**
- c) cópia da carteira de habilitação, somente para os casos onde o segurado era o condutor do veículo;**

- d) cópia do laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, caso esta informação não conste do laudo de exame de corpo delito;
- e) cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f) cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- g) cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- h) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) **caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) **quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade;**
- c) **se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado; ou**
- d) **caso haja caracterização de invalidez permanente de mais de um ou mais membros do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, a presente Cobertura será cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS**COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA****1. OBJETIVO DA COBERTURA**

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado o pagamento de 100% do Capital Segurado caso seja constatada sua invalidez permanente total ou parcial por Acidente Pessoal devidamente coberto ocorrido durante o período desta Cobertura e **decorrente de um dos eventos citados no item 1.4 destas Condições Especiais**, exceto se o acidente for decorrente dos riscos excluídos, mediante comprovação por laudo médico e desde que as lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

1.2. Esta Cobertura só estará disponível para contratação quando for contratada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.3. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 24 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.4. Os eventos que caracterizam a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada são:

- a) a perda total da função de um dos dedos indicadores das mãos;
- b) a perda total da função de um dos dedos polegares das mãos, inclusive o metacarpiano;
- c) a perda total da visão de um olho; e
- d) a perda total da função de um dos membros superiores.

1.5. Entende-se por perda total da função de um dedo (polegar ou indicador) a sua perda anatômica total ou esmagamento com lesão vascular e nervosa grave.

1.6. A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada não se acumula com a Cobertura Básica de Morte, tampouco com as Coberturas Adicionais de Morte e Morte Acidental. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela Cobertura Básica de Morte e pelas Coberturas Adicionais de Morte e de Morte Acidental, caso contratadas conjuntamente, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, conforme item 2.14 das Condições Gerais.

1.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do Poder Público e por outras instituições público-privadas não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos Excluídos desta Cobertura definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta Cobertura os acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;
- c) os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do acidente.

3.2. Considera-se como data do Evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente Pessoal sofrido pelo Segurado.

4. VIGÊNCIA

4.1. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

4.2. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 4.1 destas Condições Especiais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) radiografias do segurado (quando houver);

- b)** guia de internação hospitalar (quando houver);
- c)** cópia da carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- d)** cópia do laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, caso esta informação não conste do laudo de exame de corpo delito;
- e)** cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- f)** cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- g)** cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- h)** atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.

6. CANCELAMENTO

6.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte;**
- b) quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade;**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado; ou**
- d) caso haja a caracterização da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada do Segurado, que determine o pagamento integral do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto, aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

7.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de sua sobrevivência após 30 (trinta) dias do recebimento de diagnóstico definitivo de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, previstos na Cláusula 3 abaixo, ocorridos durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas a Carência e as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

1.2. O Segurado somente terá direito à indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de Carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença. Não haverá o pagamento da indenização se o diagnóstico ocorrer após a morte do Segurado.

1.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 24 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, órgãos do Poder Público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o diagnóstico de doença grave.

1.6. Essa cobertura está estruturada no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

1.7. A idade mínima para contratação desta cobertura é de 18 (dezoito) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos da pessoa segurada.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de Carência desta Cobertura é de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura, não sendo aplicável para sinistros decorrentes de Acidente Pessoal.

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer.

3.1.1. Diagnóstico inequívoco de um tumor maligno invasivo, evidenciado por exames histopatológicos correspondentes. Também inclui leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea, câncer de pele metastático e melanomas classificados com um nível de Clark III ou maior ou uma espessura de Breslow maior a 1.5mm.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) carcinoma in situ, câncer in situ, cânceres não invasivos, displasias ou todos os estados de lesões pré-malignas;**
- b) câncer da próstata no estágio menor que T2bN0M0 da classificação TNM;**
- c) câncer papilar ou folicular de tireoide no estágio menor que T2N0M0;**
- d) carcinoma de células basais ou carcinomas de células escamosas da pele e dermatofibrosarcoma protuberans;**
- e) câncer diagnosticado ou tratado durante o período de carência de 60 dias ou antes da data de contratação da apólice, incluindo suas recorrências ou sua extensão local, regional ou metastática;**
- f) Qualquer tumor ou câncer na presença de infecção pelo HIV.**

3.2. Cirurgia de Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária ou Safena (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. A indicação cirúrgica deve ser realizada por um médico especialista Cardiologista e evidenciado por angiografia coronária.

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

- a) angioplastia coronária, colocação de stents coronários ou qualquer procedimento intra-arterial com base em catéteres;**
- b) revascularização com laser;**
- c) técnicas cirúrgicas que não requerem a abertura do tórax ou outras cirurgias cardíacas que não sejam especificamente uma cirurgia de bypass coronário.**

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

Morte ou necrose de uma parte do músculo cardíaco causada pela interrupção súbita do aporte sanguíneo ao miocárdio. O diagnóstico deve ser estabelecido por um médico especialista e deve ser apoiado nos seguintes critérios:

- a) elevação significativa das troponinas cardíacas;**

- b) dor torácica ou sintomas típicos de isquemia aguda;
- c) novas alterações no ECG compatíveis com infarto ou aparição de um novo bloqueio de ramo esquerdo de haz de hiz.

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) alterações no ECG que sugerem infarto prévio sem que se cumpra com a definição marcada de infarto do miocárdio;
- b) angina de peito;
- c) elevação mínima de troponinas, sem anomalias diagnósticas no ECG nem sinais clínicos de infarto.

3.4. Insuficiência Renal

Doença renal em estágio terminal, demonstrada como insuficiência total, crônica e irreversível da função de ambos os rins. Isso deve ser evidenciado através da necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise periódicas ou um transplante renal.

3.4.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) insuficiência renal temporária ou reversível, que desaparece após algum tempo de tratamento.

3.5. Acidente Vascular Cerebral

Diagnóstico definitivo de um evento cerebrovascular agudo causado pela diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro originado por trombose, hemorragia ou embolismo de uma fonte extra craneana, com:

- a) início agudo de novos sintomas neurológicos típicos;
- b) déficit neurológico novo, que resulta objetivo no exame clínico e que persiste por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico

Este diagnóstico deve ser feito e comprovado por um especialista e confirmado por achados típicos em exames diagnósticos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética).

3.5.2. São riscos excluídos dessa doença:

- a) acidente isquêmico transitório (AIT).
- b) eventos cerebrovasculares devidos a trauma ou infecção.
- c) infartos lacunares que não cumprem com a definição de acidente vascular cerebral descrita anteriormente.

3.6. Transplante de fígado, pulmão, intestino delgado e pâncreas

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos:

- a) coração;**
- b) pulmão;**
- c) fígado;**
- d) pâncreas;**
- e) rim;**
- f) intestino delgado; ou**
- g) medula óssea.**

3.6.2. São riscos excluídos dessa doença:

- a) a colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se à realização de um transplante verdadeiro no futuro;**
- b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;**
- c) o autotransplante de medula;**
- d) o transplante de células-tronco (“células-mãe”); e**
- e) o transplante seletivo de células de Langerhans do pâncreas.**

3.7. Paralisia

Perda total da função muscular em duas ou mais extremidades (braços ou pernas) como resultado de uma lesão ou de uma doença da medula espinhal ou do cérebro, que deve persistir por, pelo menos, 90 (noventa) dias após o evento precipitante. Inclui a perda da função de membros ou extremidades classificada como diplegia, hemiplegia, tetraplegia ou quadriplegia. Estas condições devem ser documentadas medicamente por, pelo menos, 3 (três) meses após o diagnóstico de paralisia.

3.7.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) condição ou transtornos nos quais a Paralisia seja de natureza temporal;**
- b) danos de automutilação;**
- c) paralisia parcial, paralisia pós-viral temporária ou paralisia devido a causas psicológicas.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais e em cada uma das doenças/procedimentos listados na Cláusula 3 destas Condições Especiais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Declaração Médica do diagnóstico de uma das doenças graves ou da realização de um dos procedimentos médicos acima previstos.

6. VIGÊNCIA

6.1. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

6.2. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática, por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 6.2 das Condições Gerais.

6.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na clausula 6.1.2 destas Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) relatório médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença ou da necessidade de procedimento médico, incluindo laudos e resultados de exames;
- c) cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela relacionado ao Segurado, se houver, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência com data recente do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- d) radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado;
- e) tomografia computadorizada ou exame de ressonância magnética confirmando o diagnóstico.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura também será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) com o pagamento do Capital Segurado para a Cobertura de Doenças Graves, hipótese em que Prêmios desta Cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente;
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.
- d) Quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.

8.2. As demais Coberturas Adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

8.3. Não estando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como as

demais Coberturas Adicionais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As Cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente, garante o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de sobrevivência do Segurado após 30 (trinta) dias do recebimento de diagnóstico definitivo de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ocorrido durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas a carência prevista na Cláusula 3 abaixo e as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

1.2. O Segurado somente terá direito à indenização se a doença grave for diagnosticada após o prazo de Carência e desde que se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença. Não haverá o pagamento da indenização se o diagnóstico for após a morte do Segurado.

1.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

1.4. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 24 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, órgãos do Poder Público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o diagnóstico de câncer.

1.6. Essa cobertura está estruturada no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

1.7. A idade mínima para contratação desta cobertura é de 18 (dezoito) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos de idade da pessoa segurada.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de Carência desta Cobertura é de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura, não sendo aplicável para sinistros decorrentes de Acidente Pessoal.

2.1.1. Especificamente para a doença “Esclerose Múltipla”, haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

3. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

3.1. Câncer

Diagnóstico inequívoco de um tumor maligno invasivo, evidenciado por exames histopatológicos correspondentes. Também inclui leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea, câncer de pele metastático e melanomas classificados com um nível de Clark III ou maior ou uma espessura de Breslow maior a 1.5mm.

3.1.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) carcinoma in situ, cânceres não invasivos, displasias ou todos os estados de lesões pré-malignas;**
- b) câncer da próstata no estágio menor que T2bNOMO da classificação TNM;**
- c) câncer papilar ou folicular de tiróide no estágio menor que T2NOMO;**
- d) carcinoma de células basais ou carcinomas de células escamosas da pele e dermatofibrosarcoma protuberans;**
- e) câncer diagnosticado ou tratado durante o período de carência de 60 dias ou antes da data de contratação da apólice, incluindo suas recorrências ou sua extensão local, regional ou metastática;**
- f) qualquer tumor ou câncer na presença de infecção pelo HIV.**

3.2. Cirurgia de Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária ou Safena (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. A indicação cirúrgica deve ser realizada por um médico especialista Cardiologista e evidenciado por angiografia coronária.

3.2.1. São riscos excluídos desse procedimento:

- a) angioplastia coronária, colocação de stents coronários ou qualquer procedimento intra-arterial com base em catéteres;**
- b) revascularização com laser;**
- c) técnicas cirúrgicas que não requerem a abertura do tórax ou outras cirurgias cardíacas que não sejam especificamente uma cirurgia de bypass coronário.**

3.3. Infarto Agudo do Miocárdio

Morte ou necrose de uma parte do músculo cardíaco causada pela interrupção súbita do aporte sanguíneo ao miocárdio. O diagnóstico deve ser estabelecido por um médico especialista e deve ser apoiado nos seguintes critérios:

- a) elevação significativa das troponinas cardíacas;**

- b) dor torácica ou sintomas típicos de isquemia aguda;
- c) novas alterações do ECG compatíveis com infarto ou aparição de um novo bloqueio de ramo esquerdo de haz de hiz.

3.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) **alterações no ECG que sugerem infarto prévio sem que cumpra com a definição marcada de infarto do miocárdio;**
- b) **angina de peito;**
- c) **elevação mínima de troponinas, sem anomalias diagnósticas no ECG nem sinais clínicos de infarto.**

3.4. Insuficiência Renal Terminal

Doença renal em estágio terminal, demonstrada como insuficiência total, crônica e irreversível da função de ambos os rins. Isso deve ser evidenciado através da necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise periódicas ou um transplante renal.

3.4.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) **insuficiência renal temporária ou reversível, que desaparece após algum tempo de tratamento.**

3.5. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Diagnóstico definitivo de um evento cerebrovascular agudo causado pela diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro originado por trombose, hemorragia ou embolismo de uma fonte extra craneana, com:

- início agudo de novos sintomas neurológicos típicos;
- déficit neurológico novo, que resulta objetivo no exame clínico e que persiste por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

Este diagnóstico deve ser feito e comprovado por um especialista e confirmado por achados típicos em exames diagnósticos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética).

3.5.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) **acidente isquêmico transitório (AIT);**
- b) **eventos cerebrovasculares devidos a trauma ou infecção;**
- c) **infartos lacunares que não cumprem com a definição de acidente vascular cerebral descrita anteriormente.**

3.6. Transplante de Órgãos

Transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos:

- a) coração;
- b) pulmão;
- c) fígado;
- d) pâncreas;
- e) rim;
- f) intestino delgado; ou
- g) medula óssea.

3.6.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) a colocação de coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando-se à realização de um transplante verdadeiro no futuro;
- b) o transplante de órgãos de animais e de quaisquer órgãos não humanos;
- c) o autotransplante de medula;
- d) o transplante de células-tronco (“células-mãe”); e
- e) o transplante seletivo de células de Langerhans do pâncreas.

3.7. Paralisia

Perda total da função muscular em duas ou mais extremidades (braços ou pernas) como resultado de uma lesão ou de uma doença da medula espinhal ou do cérebro, que deve persistir por, pelo menos, 90 (noventa) dias após o evento precipitante. Inclui a perda da função de membros ou extremidades classificada como diplegia, hemiplegia, tetraplegia ou quadriplegia. Estas condições devem ser documentadas medicamente por, pelo menos, 3 (três) meses após o diagnóstico de paralisia.

3.7.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) condições ou transtornos nos quais a Paralisia seja de natureza temporal;
- b) danos de automutilação;
- c) paralisia parcial, paralisia pós viral temporária ou paralisia devido a causas psicológicas.

3.8. Perda da Visão ou Cegueira

Perda total e irreversível da visão de ambos os olhos causada por acidente ou doença. O diagnóstico

deve ser feito por médico Oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos critérios abaixo relacionados:

- a) **acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou**
- b) **campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.**

3.8.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) **Perda da visão ou cegueira que possa ser corrigida mediante tratamento médico correção possível.**

3.9. 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 realizada após recomendação de um Cardiologista.

3.9.1. São riscos excluídos desse procedimento:

- a) **reparos valvulares mediante procedimentos intravasculares (Uso de clips, dilatação com balão, prótese de implantação intravascular).**

3.10. Cirurgia da artéria aorta:

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 realizada após recomendação de um Cardiologista.

3.10.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.11. Esclerose Múltipla

Diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla definitiva confirmada e obedecendo todos os critérios abaixo relacionados:

- estudos diagnósticos incluindo achados típicos em uma ressonância magnética, que confirmem o diagnóstico de esclerose múltipla;
- alteração da função motora ou sensitiva, ou déficit neurológico múltiplo que persistem por um período contínuo de pelo menos 6 meses.

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

3.12.1. São riscos excluídos dessa doença:

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

3.13. Queimaduras Graves (Grande Queimado)

Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado ou que atinjam pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície do rosto ou 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais e em cada uma das doenças/procedimentos listados na Cláusula 3 destas Condições Especiais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) **quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas em que a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional; e**
- b) **doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**
- c) **perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- d) **viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Declaração Médica do diagnóstico da doença grave ou da realização de um dos procedimentos médicos acima previstos.

6. VIGÊNCIA

6.1. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

6.2. A presente Cobertura vigerá pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 6.2 das Condições Gerais.

6.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na clausula 6.1.2 destas Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 18 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 19 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a)** relatório médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b)** documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença ou da necessidade de procedimento médico, incluindo laudos e resultados de exames;
- c)** cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela relacionado ao Segurado, se houver, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência com data recente do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- d)** radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado;
- e)** tomografia computadorizada ou exame de ressonância magnética confirmando o diagnóstico.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) com o pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves Ampliada, hipótese em que os Prêmios desta Cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente;**
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado.**
- d) quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.**

8.2. As demais Coberturas Adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves continuarão em vigor, sendo devido o pagamento do Prêmio correspondente.

8.3. Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais Coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES MODULAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou da realização de um Procedimento Médico Coberto, todos descritos a seguir, e desde que respeitados os períodos de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das Doenças Graves Cobertas. O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, observados os Riscos Excluídos, os períodos de Carência, os módulos de coberturas e demais termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais da Apólice.

1.2. **A idade mínima para contratação desta cobertura é de 18 (dezoito) anos e a máxima é de 70 (setenta) anos, com idade de saída aos 75 (setenta e cinco) anos.**

1.3. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 24 (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, órgãos do Poder Público ou outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o diagnóstico de câncer.

1.5. **Essa cobertura está estruturada no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições, além das definições a seguir inseridas:

Módulos de cobertura: organização, em grupos, das Doenças Graves Cobertas e dos Procedimentos Médicos Cobertos para critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização.

Doença Grave Coberta: doenças especificadas no item 4. destas condições especiais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, suas respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Benefício adicional: capital segurado adicional a ser pago se, ao primeiro diagnóstico de câncer de mama, no caso de segurada do sexo feminino, ou diagnóstico de câncer de próstata, no caso de segurado do sexo masculino, for caracterizada uma das situações especificadas.

Procedimento Médico Coberto: procedimentos médicos especificados no item 4. destas condições

especiais, respeitadas sua organização em módulos de coberturas, suas respectivas definições, caracterizações e exclusões.

Evento Coberto: sobrevivência do Segurado 30 (trinta) dias após o recebimento do diagnóstico, feito por médico especializado, de uma das Doenças Graves Cobertas ou da realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos, ambos descritos no item 4. destas condições especiais, desde que respeitados os períodos de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das Doenças Graves Cobertas.

3. CARÊNCIA

3.1. Somente será garantido por esta cobertura o recebimento do diagnóstico de uma das Doenças Graves Cobertas ou a realização de um dos Procedimentos Médicos Cobertos que tenham ocorrido após 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta cobertura.

3.2. Não serão considerados eventos cobertos os casos nos quais a investigação diagnóstica tenha sido iniciada durante o período de carência.

3.3. Quando disponível, o segundo sinistro deverá obedecer a uma carência de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data que caracterizou o evento coberto do primeiro sinistro indenizado.

3.4. Não haverá carência nos casos em que a Doença Grave Coberta ou o Procedimento Médico Coberto for proveniente de Acidente Pessoal ocorrido após o início da vigência desta cobertura.

4. DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

As Doenças Graves e os Procedimentos Médicos cobertos estão agrupados em módulos referentes a critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização, conforme tabela a seguir:

1º Módulo - Câncer

Câncer; Tumor cerebral benigno; Transplante de Medula Óssea; Anemia aplástica.

2º Módulo - Doenças Cardiovasculares

Infarto agudo do miocárdio; Cirurgia de Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária ou Safena (Bypass); Cirurgia de válvulas cardíacas; Cirurgia da artéria aorta; Transplante de Coração; Transplante de Rim; Insuficiência renal; Cardiomiopatia primária grave.

3º Módulo – Falência de Órgãos e outros

Transplante de fígado, Transplante de Pulmão, Transplante de Pâncreas; Transplante de Intestino Delgado; Queimaduras graves (Grande queimado); Doença hepática grave; Hepatite viral fulminante; Pancreatite Crônica; Doença pulmonar Crônica.

4º Módulo – Doenças Neurológicas

Acidente Vascular Cerebral (AVC); Esclerose múltipla; Paralisia; Perda da visão ou Cegueira; Perda da audição ou Surdez; Perda da fala; Coma; Doença de Parkinson; Doença de Alzheimer; Doenças do Neurônio Motor.

A aplicação para os quatro módulos é compulsória, sendo a aceitação para três ou quatro módulos resultante da análise de risco e subscrição da seguradora.

A emissão desta cobertura opcional com 4 (quatro) módulos possibilita o pagamento de até dois sinistros de módulos diferentes contratados, desde que não haja relação entre os dois eventos cobertos e sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

A emissão desta cobertura opcional com 3 (três) módulos possibilita o pagamento de até dois sinistros de módulos diferentes contratados, desde que não haja relação entre os dois eventos cobertos e sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

1º MÓDULO

1.1. Câncer

Diagnóstico inequívoco de um tumor maligno invasivo, evidenciado por exames histopatológicos correspondentes. Também inclui leucemia, linfoma maligno, doença de Hodgkin, doenças malignas da medula óssea, câncer de pele metastático e melanomas classificados com um nível de Clark III ou maior ou uma espessura de Breslow maior a 1.5mm.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) carcinoma in situ, câncer in situ, cânceres não invasivos, displasias ou todos os estados de lesões pré-malignas;**
- b) câncer da próstata no estágio menor que T2bN0M0 da classificação TNM;**
- c) câncer papilar ou folicular de tireoide no estágio menor que T2N0M0;**
- d) carcinoma de células basais ou carcinomas de células escamosas da pele e dermatofibrosarcoma protuberans;**
- e) câncer diagnosticado ou tratado durante o período de carência de 60 dias ou antes da data de contratação da apólice, incluindo suas recorrências ou sua extensão local, regional ou metastática;**
- f) qualquer tumor ou câncer na presença de infecção pelo HIV.**

1.2. A garantia de câncer prevê um benefício adicional de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado vigente no caso de diagnóstico de câncer de mama em seguradas do sexo feminino ou de câncer de próstata em segurados do sexo masculino, desde que, na data do seu primeiro diagnóstico, a doença esteja em estágio avançado de acordo com as especificações a seguir:

Câncer de mama:

- a) câncer de mama classificado nos estágios T2, T3 ou T4 de acordo com a classificação TNM;**
- b) câncer de mama classificado no estágio T1 de acordo com a classificação TNM desde**

que haja metástase no linfonodo que apresente no mínimo, grau N1 ou metástase de distância independentemente da localização que apresente, no mínimo, grau M1.

Câncer de próstata:

- a) Câncer de próstata classificado como estágios T3 ou T4 de acordo com a classificação clínica TNM.**
- b) Câncer de próstata classificado como T1 ou T2 pela classificação clínica TNM se também apresentar metástase para linfonodo (que apresente, no mínimo, grau N1) ou metástases a distância (que apresente, no mínimo, grau M1).**

1.3. Anemia Aplástica

Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por um hematologista por meio de biópsia, resultando em insuficiência crônica persistente da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia, exigindo transfusão de hemoderivados e pelo menos um dos seguintes tratamentos:

- a) medicamentos estimulantes da medula óssea;**
- b) medicamentos imunossupressores;**
- c) transplante de medula óssea.**

1.4. Transplante de Medula Óssea

Procedimento em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas). O procedimento deve ser indicado e realizado por médico onco-hematologista com inscrição em sociedade médica especializada e com respaldo em exames de imagem e/ou outros que comprovem a necessidade do procedimento

1.4.1. São riscos excluídos dessa doença:

- a) autotransplante/transplante autólogo/transplante autogênico;**
- b) transplante de células-tronco embrionárias que não as hematopoiéticas;**
- c) transplantes de tecidos não especificados;**
- d) transplantes de outros órgãos não especificados anteriormente.**

2º MÓDULO

2.1. Cirurgia de Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária ou Safena (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. A indicação cirúrgica deve ser realizada por um médico especialista Cardiologista e evidenciado por angiografia coronária.

2.2. São riscos excluídos dessa doença:

- a) **angioplastia coronária, colocação de stents coronários ou qualquer procedimento intra-arterial com base em catéteres;**
- b) **revascularização com laser;**
- c) **técnicas cirúrgicas que não requerem a abertura do tórax ou outras cirurgias cardíacas que não sejam especificamente uma cirurgia de bypass coronário.**

2.3. Infarto Agudo do Miocárdio

Morte ou necrose de uma parte do músculo cardíaco causada pela interrupção súbita do aporte sanguíneo ao miocárdio. O diagnóstico deve ser estabelecido por um médico especialista e deve ser apoiado nos seguintes critérios:

- a) **elevação significativa das troponinas cardíacas;**
- b) **dor torácica ou sintomas típicos de isquemia aguda;**
- c) **novas alterações no ECG compatíveis com infarto ou aparição de um novo bloqueio de ramo esquerdo de haz de hiz.**

São riscos excluídos dessa doença:

- a) **alterações no ECG que sugerem infarto prévio sem que se cumpra com a definição marcada de infarto do miocárdio;**
- b) **angina de peito;**
- c) **elevação mínima de troponinas, sem anomalias diagnósticas no ECG nem sinais clínicos de infarto.**

2.4. Insuficiência Renal Terminal

Doença renal em estágio terminal, demonstrada como insuficiência total, crônica e irreversível da função de ambos os rins. Isso deve ser evidenciado através da necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise periódicas ou um transplante renal.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) **Insuficiência renal temporária ou reversível, que desaparece após algum tempo de tratamento.**

2.5. Acidente Vascular Encefálico (“Derrame”)

Diagnóstico definitivo de um evento cerebrovascular agudo causado pela diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro originado por trombose, hemorragia ou embolismo de uma fonte extra craneana, com:

- **início agudo de novos sintomas neurológicos típicos;**

- déficit neurológico novo, que resulta objetivo no exame clínico e que persiste por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico.

Este diagnóstico deve ser feito e comprovado por um especialista e confirmado por achados típicos em exames diagnósticos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética).

São riscos excluídos dessa doença:

- a) acidente isquêmico transitório (AIT);**
- b) eventos cerebrovasculares devidos a trauma ou infecção;**
- c) infartos lacunares que não cumprem com a definição de acidente vascular cerebral descrita anteriormente.**

2.6. Transplante de fígado, pulmão, intestino delgado e pâncreas

Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de algum dos seguintes órgãos: pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas e intestino delgado (inclui transplante parcial).

Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade, e confirmada a necessidade por exames de imagem e/ou outros recomendados para essa finalidade

São riscos excluídos dessa doença:

- a) colocação de órgãos artificiais, ainda que em carácter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano;**
- b) transplantes com órgão de animais, não humanos;**
- c) transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados anteriormente;**
- d) transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas;**
- e) transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.**

2.7. Cirurgia das Valvas 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 realizada após recomendação de um Cardiologista.

São riscos excluídos dessa doença:

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

2.8. Cirurgia da 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 dissecação aórtica.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) qualquer procedimento intra-arterial com base em cateteres tais como colocação de stents ou reparação endovascular;
- b) cirurgia nos ramos da aorta.

3º MÓDULO

3.1. Hepatite viral fulminante

Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante que deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista que obedeça a todos os seguintes critérios:

- a) curso sorológico típico de hepatite viral aguda;
- b) desenvolvimento de encefalopatia hepática;
- c) diminuição do tamanho do fígado;
- d) aumento dos níveis de bilirrubina;
- e) distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5;
- f) desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas;
- g) ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior.

São riscos excluídos dessa doença:

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

3.2. Pancreatite Crônica

Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, confirmado por médico gastroenterologista e apoiado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal), devendo ser evidenciado por um período mínimo contínuo de 3 (três) meses e atender a todos os itens a seguir:

- a) insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;

- b) insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático;**
- c) necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.**

São riscos excluídos dessa doença:

- a) pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas/medicamentos;**
- b) pancreatite aguda.**

3.3. Doença Hepática Grave

Doença hepática em estágio final que resulta em icterícia permanente, ascite e encefalopatia hepática.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos.**

3.4. Doença Pulmonar Crônica

Diagnóstico inequívoco de doença pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, que deve obedecer a todos os seguintes critérios:

- a) VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) inferior a 40% do previsto, verificado em duas medições feitas com pelo menos um mês de intervalo;**
- b) oxigenoterapia de pelo menos 16 horas por dia durante um período mínimo de 3 (três) meses;**
- c) redução persistente da pressão parcial de oxigênio (PaO₂) para níveis abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial, em medidas sem administração de oxigênio.**

O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista.

3.5. Transplante de fígado, pulmão, intestino delgado, pâncreas e tecido composto

Procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas e intestino delgado (inclui transplante parcial). Os transplantes parciais ou totais de face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nessa definição.

Os transplantes devem ser originados 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.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda um doador humano;**
- b) transplantes com órgão de animais, não humanos;**
- c) autotransplantes (mãos etc.);**
- d) transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados anteriormente;**
- e) transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas;**
- f) transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.**

3.6. Queimaduras de terceiro grau

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.

4º MÓDULO

4.1. Esclerose múltipla

Diagnóstico inequívoco de Esclerose Múltipla definitiva confirmada e obedecendo todos os critérios abaixo relacionados:

- a) estudos diagnósticos incluindo achados típicos em uma ressonância magnética, que confirmem o diagnóstico de esclerose múltipla;**
- b) alteração da função motora ou sensitiva, ou déficit neurológico múltiplo que persistem por um período contínuo de pelo menos 6 meses.**

4.2. Doença de Alzheimer

Doença progressiva degenerativa do cérebro que se caracteriza por uma perda da capacidade intelectual e que deve ser confirmada por um Neurologista ou um Psiquiatra. O Segurado deve demonstrar alterações da memória, raciocínio e a capacidade de perceber, compreender, expressar ou concretizar as ideias. A solicitação do sinistro somente será procedente se a doença alcançou o ponto onde há sintomas clínicos permanentes por demência.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) outras formas de demência.**

4.3. Doenças do Neurônio motor

Um grupo de distúrbios neurológicos progressivos, caracterizados pela destruição dos neurônios

motores que controlam a atividade muscular voluntária, incluindo atrofia muscular espinhal, paralisia bulbar progressiva, esclerose lateral amiotrófica e esclerose lateral primária. O diagnóstico deve ser confirmado por um neurologista como progressivo, e o distúrbio deve estar associado a um déficit neurológico permanente por um período contínuo de pelo menos 3 meses.

4.3.1. São riscos excluídos dessa doença:

a) Doença do neurônio motor causada por abuso de drogas e álcool é especificamente excluída.

4.4. Paralisia de membros

Perda total da função muscular em duas ou mais extremidades (braços ou pernas) como resultado de uma lesão ou de uma doença da medula espinhal ou do cérebro, que deve persistir por, pelo menos, 90 (noventa) dias após o evento precipitante. Inclui a perda da função de membros ou extremidades classificadas como diplegia, hemiplegia, tetraplegia ou quadriplegia. Estas condições devem ser documentadas medicamente por, pelo menos, 3 (três) meses após o diagnóstico de paralisia.

São riscos excluídos dessa doença:

a) condições ou transtornos nos quais a Paralisia seja de natureza temporal;

b) danos de auto-mutilação;

c) paralisia parcial, paralisia pós-viral temporária ou paralisia devido a causas psicológicas.

4.5. Tumor cerebral benigno

Diagnóstico definitivo de um tumor não maligno localizado na abóbada craniana e limitado ao cérebro, meninge ou nervos cranianos. O tumor deve ser tratado com cirurgia ou radiação ou causar um déficit neurológico objetivo irreversível. O diagnóstico de tumor cerebral benigno deve ser feito por um médico especialista e confirmado por exames de imagem (Ressonância magnética e tomografia computadorizada).

Para esta cobertura há um período de carência de 90 (noventa) dias.

São riscos excluídos dessa doença:

a) tumores hipofisários;

b) tumores originados em tecidos ósseos;

c) angiomas ou colesteatoma.

4.6. Perda da visão ou cegueira

Perda total e irreversível da visão de ambos os olhos causada por acidente ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico Oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos critérios abaixo relacionados:

a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou

- b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.**

São riscos excluídos dessa doença:

- a) perda da visão ou cegueira que possa ser corrigida mediante tratamento médico de qualquer tipo**

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

São riscos excluídos dessa doença:

- a) surdez que possa ser corrigida mediante tratamento médico de qualquer tipo.**

4.8. Coma

- a) estado de inconsciência sem reação a estímulos externos ou a necessidades internas, que persista por pelo menos 96 horas, com necessidade de sistemas de suporte vital e uma pontuação de 4 ou menos na escala de Galsgow. Deve existir um déficit neurológico permanente certificado por um neurologista, que deve ser evidente pelo menos 30 dias depois do coma.**

São riscos excluídos dessa doença:

- a) coma como resultado direto de abuso de álcool e/ou drogas;**
- b) coma medicamente induzido;**
- c) diagnóstico de morte cerebral.**

4.9. Doença de Parkinson idiopática

Diagnóstico inequívoco da doença de Parkinson primária ou idiopática, realizado por um médico Neurologista, baseado em sinais claros de estado neurológico progressivo, com alterações clínicas permanentes na função motora, tremor associado e rigidez muscular.

São riscos excluídos dessa doença:

- a) parkinsonismo secundário (incluindo parkinsonismo induzido por droga, medicamento ou toxina).**

5. RISCOS EXCLUIDOS

Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídos desta cobertura:

- a) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
- b) diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
- c) doenças profissionais;**
- d) os casos de ocorrência de Doença Grave Coberta ou Procedimento Médico Coberto resultante de tentativa de suicídio do Segurado ocorrida nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro ou após novo prazo de 2 (dois) anos a partir da data da reabilitação do seguro.**

Neste caso, de acordo com o Artigo 798 do Código Civil Brasileiro, a Seguradora restituirá a Reserva técnica constituída em nome do Segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Cobertura, o capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

6.2. Considera-se como data do evento, para fins de determinação do Capital Segurado, o 30º(trigésimo) dia após o recebimento da Declaração Médica que comprove o diagnóstico de uma Doença Grave Coberta ou a realização de um Procedimento Médico Coberto, respeitadas as definições e características de cada condição, conforme especificado anteriormente.

7. VIGÊNCIA

7.1. A presente Cobertura vigerá pelo prazo determinado de 5(cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da cláusula 6.2.3.1. das Condições Gerais.

7.2. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

7.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 6.1.2 destas Condições Gerais.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. O segurado faz jus à indenização desta cobertura a partir do 30º (trigésimo dia) após a data da caracterização do diagnóstico da Doença Grave Coberta ou da realização do Procedimento Médico Coberto, ambos descritos no item 4 destas Condições Especiais, desde que respeitados os períodos de sobrevivência (30 dias) e de demonstração de persistência das limitações ou manutenção da terapia, previstos para algumas das Doenças Graves Cobertas.

8.2. O pagamento de qualquer benefício decorrente da presente cobertura extingue o respectivo módulo associado. Esse pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 8.3 a seguir, observada a cláusula 17 (Ocorrência de Sinistros) das Condições Gerais e demais disposições do seguro.

8.2.1. Quando efetuado o pagamento do benefício de um dos quatro módulos contratados, o valor dos prêmios desta cobertura com então três módulos serão mantidos nos mesmos termos até o fim da sua vigência.

8.3. Os documentos básicos relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à Seguradora, que poderá solicitar a cópia autenticada:

- a) **formulário de Aviso de Sinistro específico para esta cobertura, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;**
- b) **documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;**
- c) **declaração de sobrevivência do Segurado;**
- d) **cópias dos exames comprobatórios, conforme item 4 (Doenças Graves e Procedimentos Médicos Cobertos) destas Condições Especiais;**
- e) **cópia do prontuário médico de internação hospitalar do Segurado, em caso de ter havido internação;**
- f) **documento de identidade e CPF do Segurado;**
- g) **certidão de nascimento do Segurado, quando menor de 18 (dezoito) anos;**
- h) **comprovante de residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;**
- i) **comprovante de telefone e DDD do Segurado;**
- j) **comprovante de profissão do Segurado;**
- k) **comprovante do patrimônio estimado ou renda mensal do Segurado.**

8.4. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado. O Benefício será pago ao Segurado de forma única e integral.

8.5. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do benefício, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) com o pagamento do Capital Segurado por Doenças Graves Modular, hipótese em que os Prêmios desta Cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente;**
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado;**
- d) quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

10.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, por motivo de Acidente Pessoal ou doença, desde que a internação hospitalar ocorra durante a vigência da Cobertura, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. Para cada dia de internação hospitalar do Segurado, será pago o valor de uma Diária Segurada, observado os períodos de Carência e Franquia abaixo previstos, bem como o limite contratual máximo por evento. Para cada dia de internação hospitalar em UTI, a Diária Segurada será paga em dobro.

1.2. Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 2 das Condições Gerais (Definições – Termos Técnicos) das Condições Gerais deste seguro.

1.3. Para fins desta cobertura entende-se como Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área especializada dentro da estrutura hospitalar que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica e equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

- a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida;
e
- b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de UTI.

1.4. Diária Segurada é o valor estabelecido na Apólice, que será pago ao Segurado por dia de internação hospitalar, causada por Acidente Pessoal ou doença, independentemente das despesas médicas incorridas pelo Segurado.

1.5. A Cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, **250 (duzentas e cinquenta) Diárias Seguradas por Evento Coberto, totalizando 1.250 (mil) diárias durante a vigência desta cobertura, respeitadas as exclusões, bem como os prazos de Carência e de Franquia previstos na Cláusula 2 e 3 destas Condições Especiais.**

1.6. Essa cobertura está estruturada no Regime Financeiro de Repartição Simples e, por este motivo, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de Carência desta Cobertura é de **90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura, não sendo aplicável para sinistros decorrentes de Acidente Pessoal.**

3. FRANQUIA

3.1. Esta Cobertura possui Franquia de 4 (quatro), dias, conforme definido na Proposta de Contratação e estabelecido na Apólice, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares a partir, inclusive, do 5º (quinto), dia da respectiva internação hospitalar.

3.1.1. Decorrido o período de Franquia definido na Proposta de Contratação e estabelecido na Apólice, o Segurado passa a ter direito a esta Cobertura, sendo pagas, inclusive, as diárias retroativas ao período de franquia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos relacionados na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;
- b) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas;
- c) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- d) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos;
- e) qualquer procedimento relacionado a gravidez, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- f) exame ou check-up preventivo;
- g) qualquer procedimento para tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;
- h) cirurgias plásticas em geral, exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- i) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de Acidente Pessoal;
- j) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida;
- k) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados à tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de início de vigência do seguro, ou após novo prazo de 2 (dois) anos da reabilitação do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

- m) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- n) tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;
- o) internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;
- p) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- r) tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;
- s) qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou "in situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
- t) angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);e
- u) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, 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 cirúrgicas, em qualquer tempo; e
- v) despesas médicas incorridas com a internação hospitalar e/ou tratamento médico do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO - DIÁRIA SEGURADA

5.1. O Capital Segurado desta Cobertura será estabelecido sob a forma de Diárias Seguradas. O valor da Diária Segurada será definido na Proposta de Contratação e constará da Apólice.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor da Diária Segurada, a data da internação hospitalar.

6. VIGÊNCIA

6.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 6.2.3 das Condições Gerais.

6.2. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

6.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 6.2.1 destas Condições Gerais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos, sendo que, em caso de envio de **cópias**, essas deverão ser autenticadas:

- a)** relatório médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da doença, detalhando aspectos relativos à referida patologia;
- b)** documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios da necessidade de internação, incluindo laudos e resultados de exames;
- c)** radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado, se houver, com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá estar assinado por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado;
- d)** guia de internação hospitalar;
- e)** cópia da carteira de habilitação, quando se tratar de acidente, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f)** cópia do laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, quando se tratar de acidente, caso esta informação não conste do laudo de exame de corpo delito;
- g)** cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- h)** cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- i)** cópia do laudo de exame de corpo delito (IML), quando se tratar de acidente, se houver.

7.2. As Diárias Seguradas serão pagas após a alta médica definitiva do Segurado e a apresentação dos documentos e demais informações relacionadas no item 7.1. Caso a internação hospitalar do Segurado perdure por período superior a 30 (trinta) dias e reste comprovado o direito à presente Cobertura, poderá haver antecipação do pagamento das Diárias Seguradas, a cada 30 (trinta) dias de internação.

7.3. O Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado automaticamente após o sinistro.

7.4. Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja esgotamento do limite de Diárias Seguradas contratado;**
- b) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte; ou**
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado;**
- d) quando o Segurado atingir 75 (setenta e cinco) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA ADICIONAL DE JAZIGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o prêmio a ela correspondente**, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, de uma única vez, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de risco excluído, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da legislação aplicável.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do seguro.**

2.2. **Mediante a contratação da presente Cobertura, fica revogada a exclusão constante do item 3.1, alínea "o", das Condições Gerais.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado constante na Certidão de Óbito.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 18 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

4.2. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Certidão de nascimento (se solteiro) ou certidão de casamento, emitida após o óbito do Segurado;
- c) relatório do médico assistente, detalhado, atestando o atendimento;

- d) cópia dos laudos de exames realizados e imagens, se houver;
- e) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- f) radiografias do segurado (quando houver);
- g) guia de internação hospitalar (quando houver).

4.3. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de **cópias**, essas deverão ser **autenticadas**:

- a) cópia da certidão de registro de ocorrência policial ou outro documento de autoridade competente do país, se houver;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- c) laudo de necropsia, se realizado;
- d) laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado;
- e) cópia do laudo de exame de corpo delito (IML);
- f) cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- g) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

5.1. Esta Cobertura será cancelada **caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte**.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais do Seguro, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

6.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE PROTEÇÃO CIRÚRGICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, **desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente**, garante ao Segurado o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, na hipótese da realização de Cirurgia Coberta desde que seguida por um período de Internação Hospitalar em regime pós-operatório de, no mínimo, 48 (quarenta e oito) horas. Estarão cobertas cirurgias por motivo de doença ou Acidente Pessoal, exceto se decorrente de Risco Excluído, observadas as Carências previstas na cláusula 2, abaixo e as demais cláusulas constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro. O diagnóstico da cirurgia deverá ser comprovado por meio de exames médicos.

1.2. Para fins desta Cobertura, serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais, além das definições a seguir inseridas:

Artroscopia: é um procedimento cirúrgico para investigar ou tratar o interior de uma articulação, que apresenta possível anormalidade.

Cirurgia Coberta: Procedimento Invasivo, manual ou instrumental no corpo do paciente realizado em regime de internação hospitalar, solicitado e conduzido por profissional Médico Assistente em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, regional ou local e desde que presente na tabela "Cirurgias e Procedimentos Cobertos" e não caracterizado como risco excluído nestas Condições Especiais.

Hospital/Clínica: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomados, e possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

Internação Hospitalar: regime de internação em Hospital/Clínica, caracterizado pela necessidade de acompanhamento médico e que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

Procedimentos Ambulatoriais: Procedimentos Ambulatoriais são aqueles realizados sem que haja regime de Internação Hospitalar.

Procedimentos Estéticos: Procedimentos Estéticos compreendem todos os procedimentos cirúrgicos ou não cirúrgicos que visam melhorar a aparência física e a satisfação do indivíduo.

Procedimento Invasivo: aqueles que provocam o rompimento das barreiras naturais ou penetram em cavidades do organismo, abrindo uma porta ou acesso para o meio interno.

Procedimentos Não Invasivos: Procedimentos Não Invasivos são aqueles em que não há invasão do corpo e não comprometem a estrutura celular ou tecido cutâneo.

Procedimentos Paliativos: Procedimentos Paliativos são aqueles realizados quando o tratamento

curativo não está mais atuando e existe situação de ameaça a continuidade de sua vida. Visam aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

Procedimentos Reparadores: Procedimentos que visam corrigir deformidades congênitas ou adquiridas ao longo dos anos. O intuito é recuperar as funções do organismo, deixando-as o mais próximo do normal possível. São recomendados para casos em que há algum tipo de comprometimento às estruturas físicas do paciente, sejam eles causados por alguma doença ou acidente.

2. CARÊNCIA

2.1. Somente serão garantidas por esta Cobertura as cirurgias realizadas após o cumprimento de 90 (noventa) dias de carência, contados a partir do início da Vigência da cobertura.

2.2. Não haverá Carência para cirurgias decorrentes de Acidente Pessoal ocorrido após o início da Vigência desta Cobertura.

3. GARANTIA

3.1. A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente, sendo permitida apenas uma indenização por período de 6 (seis) meses, contados a partir da data de contratação da Cobertura ou do último evento coberto.

3.1.1. Na ausência de eventos cobertos durante uma determinada Vigência, o valor do capital segurado não será acumulado para vigências posteriores.

3.2. Um mesmo procedimento poderá ser realizado mais de uma vez ao longo da Vigência da Apólice, observado o limite estabelecido no item 3.1.

3.3. A realização de um segundo procedimento cirúrgico coberto, igual ou diferente do primeiro, dentro do período de 6 (seis) meses contados a partir da data da primeira cirurgia coberta, não será indenizável.

3.4. Em caso de múltiplos procedimentos incluídos em dois ou mais itens cobertos, realizados durante um período contínuo de Internação Hospitalar, ou durante o mesmo tempo cirúrgico, só será pago apenas o capital segurado correspondente à Cirurgia Coberta de maior valor.

3.5. A garantia restringe-se a eventos ocorridos durante a Vigência desta Cobertura e após o cumprimento do período de Carência.

3.6. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data na qual foi realizada a Cirurgia Coberta.

3.7. O Capital Segurado desta Cobertura será automaticamente reintegrado ao seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses, contados a partir do seu início de Vigência.

3.8. As Cirurgias e procedimentos cobertos estão listados a seguir:

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30720010	Abaixamento mio tendinoso no antebraço	10%
30701015	Abdominal ou hipogástrico - transplantes cutâneos	50%
30731011	Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico	10%
31004016	Abscesso anorretal - drenagem	10%
30301017	Abscesso de pálpebra - drenagem	10%
30205018	Abscesso faríngeo - qualquer área	10%
31005012	Abscesso hepático - drenagem cirúrgica (até 3 fragmentos)	10%
31104010	Abscesso peri uretral - tratamento cirúrgico	10%
31101011	Abscesso renal ou peri-renal - drenagem cirúrgica	10%
30806011	Abscesso subfrênico - tratamento cirúrgico	10%
30735033	Acromioplastia - procedimento videoartroscopico de ombro	10%
30205026	Adeno tonsilectomia - revisão cirúrgica	10%
30730015	Alongamento	10%
30720010	Alongamento / encurtamento miotendinoso	10%
30725011	Alongamento / transporte ósseo / pseudartrose com fixador externo - coxa/fêmur	10%
30727014	Alongamento / transporte ósseo / pseudartrose com fixador externo - perna	10%
30720028	Alongamento dos ossos do antebraço com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico	10%
30720028	Alongamento e/ou transporte ósseo de ossos longos (exceto da mão e do pé)	10%
30202094	Alveoloplastia com enxerto ósseo em paciente com anomalia craniofacial	10%
30205050	Amigdalectomia	10%
30205026	Amigdalectomia c/ adenoidectomia	10%
30205050	Amigdalectomia das palatinas	10%
30722071	Amputação / desarticulação de dedo	10%
30725038	Amputação / desarticulação de membros inferiores	10%
30725038	Amputação / desarticulação de membros inferiores em oncologia	10%
30718015	Amputação / desarticulação de membros superiores	10%
30718015	Amputação / desarticulação de membros superiores em oncologia	10%
30728010	Amputação / desarticulação de pé e tarso	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31003010	Amputação abdominoperineal de reto em oncologia	20%
31003010	Amputação abdominoperineal do reto (completa)	20%
30725038	Amputação ao nível da coxa - tratamento cirúrgico	20%
30718015	Amputação ao nível do braço - tratamento cirúrgico	20%
30728010	Amputação ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	10%
31003010	Amputação completa abdominoperineal do reto	20%
31302025	Amputação cônica de colo de útero c/ colpectomia em oncologia	10%
30722071	Amputação de dedo (cada) - tratamento cirúrgico	10%
31206018	Amputação de pênis	100%
31206018	Amputação de pênis em oncologia	10%
31003028	Amputação do reto por prociência	10%
31003028	Amputação por prociencia de reto	10%
31005039	Anastomose bileo-digestiva	10%
31005152	Anastomose bileo-digestiva em oncologia	10%
31005039	Anastomose biliodigestiva intra-hepática	50%
30901090	Anastomose cavo-pulmonar bidirecional	100%
30901090	Anastomose cavo-pulmonar total	100%
30907047	Anastomose porto-cava	20%
30901090	ANASTOMOSE SISTÊMICO PULMONAR COM CEC	100%
30901090	Anastomose sistêmico-pulmonar	100%
30906024	Aneurisma de aorta abdominal supra-renal	100%
30906040	Aneurisma de artérias viscerais	10%
30906016	Aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal	20%
30906016	Aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal	20%
31307019	Anexectomia uni / bilateral em oncologia	10%
30502012	Angiofibroma - ressecção trans maxilar e/ou trans palatina	50%
30906113	Angioplastia transluminal transoperatória - por artéria	10%
30701023	Antebraço - transplantes cutâneos	50%
31003079	Apendicectomia	10%
31003583	Apendicectomia videolaparoscópica	10%
30101484	Aritenoidectomia com laringofissura	10%
30728029	Artrite ou osteoartrite - tratamento cirúrgico	10%
30717019	Artrodese ao nível do ombro - tratamento cirúrgico	10%
30715016	Artrodese cervical / cervico torácica posterior quatro níveis	50%
30715024	Artrodese cervical / cervico-torácica posterior dois níveis	20%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30715024	Artrodese cervical / cervico-torácica posterior três níveis	20%
30715164	Artrodese cervical anterior c1-c2 via trans- oral / extraoral	20%
30715164	Artrodese cervical anterior c1-c2 via trans oral/ extra-oral	20%
30715024	Artrodese cervical anterior dois níveis	20%
30715024	Artrodese cervical anterior quatro níveis	20%
30715024	Artrodese cervical anterior três níveis	20%
30715024	Artrodese cervical anterior um nível	20%
30715024	Artrodese cervical posterior c1-c2	20%
30724031	Artrodese coxofemoral	10%
30724031	Artrodese coxo-femoral em geral - tratamento cirúrgico	10%
30723086	Artrodese da sínfise púbica	10%
30723086	Artrodese de articulações sacroiliacas	10%
30717019	Artrodese de grandes articulações escapulo- torácicas	10%
30717019	Artrodese de grandes articulações escapulo- umerais	10%
30726026	Artrodese de joelho - tratamento cirúrgico	10%
30726026	Artrodese de médias / grandes articulações de membro inferior	10%
30721032	Artrodese de pequenas articulações	10%
30721032	Artrodese entre os ossos do carpo	10%
30715024	Artrodese intersomatica via posterior / póster- lateral dois níveis	20%
30715024	Artrodese intersomatica via posterior / póster- lateral quatro níveis	20%
30715024	Artrodese intersomatica via posterior / póster- lateral três níveis	20%
30715024	Artrodese intersomatica via posterior / póster- lateral um nível	20%
30715024	Artrodese occipto-cervical (c2) posterior	20%
30715024	Artrodese occipto-cervical (c3) posterior	20%
30715024	Artrodese occipto-cervical (c4) posterior	20%
30715024	Artrodese occipto-cervical (c5) posterior	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra anterior dois níveis	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra anterior um nível	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra anterior, três níveis,	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra posterior cinco níveis	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra posterior três níveis	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra posterior um nível	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra posterior, dois níveis,	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra posterior, quatro níveis,	20%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra posterior, seis níveis,	20%
30715024	Artrodese toraco-lombo-sacra posterior, sete níveis,	20%
30719020	Artroplastia com implante - tratamento cirúrgico	10%
30208017	Artroplastia da articulação temporomandibular (recidivante ou não)	10%
30721075	Artroplastia de articulação da mão	10%
30719020	Artroplastia de cabeça do rádio	10%
30721067	Artroplastia de punho	10%
30724058	Artroplastia de quadril (não convencional)	20%
30724066	Artroplastia de quadril infectada (retirada dos componentes) - tratamento cirúrgico	10%
30724074	Artroplastia de ressecção de média / grande articulação	10%
30722705	Artroplastia de ressecção de pequenas articulações	10%
30724074	Artroplastia de ressecção do quadril (girdlestone) - tratamento cirúrgico	10%
30721067	Artroplastia do punho (com implante) - tratamento cirúrgico	10%
30717027	Artroplastia escapulo umeral com implante - tratamento cirúrgico	10%
30717027	Artroplastia escapulo-umeral (não convencional)	10%
30717027	Artroplastia escapulo-umeral parcial	10%
30717027	Artroplastia escapulo-umeral total	10%
30717159	Artroplastia escapulo-umeral total - revisão / reconstrução	10%
30208017	Artroplastia para luxação recidivante da articulação temporomandibular	10%
30721075	Artroplastia para ossos do carpo (com implante) - tratamento cirúrgico	10%
30724058	Artroplastia total de conversão do quadril	20%
30719020	Artroplastia total de cotovelo	10%
30719020	Artroplastia total de cotovelo (revisão / reconstrução)	10%
30726034	Artroplastia total primária do joelho	20%
30724058	Artroplastia total primária do quadril cimentada	20%
30724058	Artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida	20%
30726034	Artroplastia unicompartmental primária do joelho	20%
30721083	Artrotomia - tratamento cirúrgico - punho	10%
30717035	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30705010	Autotransplante de dois retalhos musculares combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo	50%
30705029	Autotransplante de dois retalhos cutâneos combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	50%
30705037	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a um muscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	50%
30705045	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a retalho osteomuscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	50%
30705053	Autotransplante de epiplon	50%
30705061	Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos	50%
30701031	Axilar - transplantes cutâneos	50%
30901049	Bandagem da artéria pulmonar	100%
31403026	Bloqueios prolongados de sistema nervoso periférico / central com bomba de infusão	10%
30213029	Bócio mergulhante: extirpação por acesso cérvico-torácico	20%
30731038	Bursectomia	10%
30731038	Bursectomia - tratamento cirúrgico	10%
31307019	Câncer de ovário (debulking)	10%
30306019	Capsulectomia posterior cirúrgica	10%
30722217	Capsulectomia renal	10%
30722209	Capsulectomias múltiplas mf ou if	10%
30722217	Capsulectomias única mf e if	10%
30306019	Capsulotomia yag ou cirúrgica	10%
30212014	Cervicotomia exploradora	10%
30310032	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas	10%
31103081	Cistectomia total com derivação simples em oncologia	20%
31103081	Cistectomia total e derivacao em 1 so tempo em oncologia	20%
30803039	Cisto pulmonar congênito - tratamento cirúrgico	10%
31009042	Cisto sacrococcígeo - tratamento cirúrgico	10%
31103251	Cistoenteroplastia	10%
31103090	Cistolitotomia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31103090	Cistolitotomia e/ou retirada de corpo estranho da bexiga	10%
31103162	Cistorrafia	10%
31103162	Cistorrafia (trauma)	10%
31103170	Cistostomia	10%
31103170	Cistostomia cirúrgica	10%
31005128	Colecistectomia	10%
31005373	Colecistectomia em oncologia	10%
31005128	Colecistectomia sem colangiografia	10%
31005470	Colecistectomia videolaparoscópica	10%
31003176	Colectomia parcial (hemicolectomia) em oncologia	20%
31003613	Colectomia parcial com colostomia por videolaparoscopia	10%
31003176	Colectomia parcial sem colostomia	20%
31003184	Colectomia total em oncologia	20%
31003613	Colectomia videolaparoscópica	10%
31005152	Colédoco ou hepático-jejunostomia (qualquer técnica)	10%
31005152	Coledocoplastia	10%
31005187	Coledocostomia c/ ou s/ colecistectomia em oncologia	10%
31005543	Coledocotomia ou coledocostomia com colecistectomia por videolaparoscopia	10%
31005187	Coledocotomia ou coledocostomia sem colecistectomia	10%
31005543	Coledocotomia videolaparoscópica	10%
31103200	Colo de divertículo - ressecção endoscópica	10%
31103219	Colo vesical - ressecção endoscópica	10%
30801010	Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica, por via endoscópica (tubo de silicone ou metálico)	10%
30801028	Colocação de prótese laringo traqueal/ traqueobrônquica (inclui prótese)	20%
30801028	Colocação de prótese laringo traqueal/ traqueobrônquica (inclui prótese)	20%
30801010	Colocação de prótese laringo-traqueal, traqueal, traqueobrônquica, brônquica por via endoscópica	10%
31003230	Colorrafia por via abdominal	10%
31003230	Colotomia e colorrafia	10%
31302025	Colpectomia	10%
31301061	Colpectomia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31302025	Colpectomia em oncologia	10%
31302033	Colpocleise (cirurgia de le fort)	10%
31302033	Colpocleise (lefort)	10%
31302033	Colpoperineocleise	10%
31302068	Colpoperineoplastia anterior e posterior	10%
31302050	Colpoperineoplastia anterior e posterior c/ amputação de colo	10%
31004300	Colpoperineoplastia posterior	10%
31302068	Colpoperineorrafia não obstétrica	10%
31302050	Colpoplastia posterior com perineorrafia	10%
31302068	Colporrafia não obstétrica	10%
31302068	Colporrafia ou colpoperineoplastia incluindo ressecção de septo ou ressutura de parede vaginal	10%
31302076	Colpotomia	10%
31302076	Colpotomia ou culdocentese	10%
31002021	Conversão de anastomose gastrojejunal (qualquer técnica)	10%
30205107	Corpo estranho de faringe - retirada sob anestesia geral	10%
30714010	Corpo estranho intra-articular - tratamento cirúrgico	10%
30714028	Corpo estranho intraósseo - tratamento cirúrgico	10%
30602033	Correção cirúrgica da assimetria mamária	10%
30209056	Correção cirúrgica de depressão (afundamento) da região frontal	10%
30202060	Correção cirúrgica de fistula oro-nasal / oro- sinusal	10%
30210127	Correção cirúrgica de fístula salivar com retalho	10%
30301157	Correção cirúrgica de lagoftalmo	10%
30101140	Correção cirúrgica de linfedema (por estágio)	10%
30906172	Correção das dissecções da aorta	100%
30725054	Correção de deformidade adquirida de fêmur com fixador externo	10%
30601274	Correção de deformidades da parede torácica por vídeo	50%
30729084	Correção de deformidades do pé com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico	10%
30101174	Correção de deformidades por exérese de tumores, cicatrizes ou ferimentos com o emprego de expansores em retalhos musculares ou mio cutâneos (por estágio)	20%
30101190	Correção de lipodistrofia braquial, crural ou trocanteriana de membros superiores e inferiores	10%
31102530	Correção laparoscópica de refluxo vesico-ureteral unilateral	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30704014	Costela	50%
30722241	Coto de amputação digital - revisão	10%
30721105	Coto de amputação punho e antebraço - revisão	10%
30701040	Couro cabeludo - transplantes cutâneos	50%
30215030	Craniectomia por tumor ósseo	10%
30215013	Cranioplastia	10%
30207037	Cranioplastia	10%
30215021	Craniotomia descompressiva da fossa posterior	20%
31401376	Craniotomia exploradora com ou sem biópsia	10%
31401040	Craniotomia para retirada de corpo estranho intracraniano (com técnica complementar)	20%
31401287	Craniotomia para retirada de tumor intracraniano	20%
30215030	Craniotomia para tumores ósseos	10%
30732018	Curetagem ou ressecção em bloco de tumor com reconstrução e enxerto vascularizado	10%
30313023	Dacriocistectomia - unilateral	10%
30313023	Dacriocistorrinostomia	10%
30730031	Debridamento de fasceite necrotizante	10%
30722250	Dedo colo de cisne - tratamento cirúrgico	10%
30722276	Dedo em gatilho, capsulotomia / fasciotomia - tratamento cirúrgico	10%
30722284	Dedo em martelo - tratamento cirúrgico	10%
30717051	Deformidade (doença) sprengel - tratamento cirúrgico	10%
30729106	Deformidade dos dedos - tratamento cirúrgico	10%
31002030	Degastrogastrectomia c/ ou s/ vagotomia	10%
31002030	Degastrogastrectomia com vagotomia	10%
30701058	Deltopeitoral - transplantes cutâneos	50%
30715083	Derivação lombar externa	10%
30723027	Desarticulação interílio-abdominal	20%
30717060	Desarticulação ao nível do ombro - tratamento cirúrgico	20%
30717060	Desarticulação da articulação escapulo-umeral	10%
30717060	Desarticulação escapulo-torácica interna em oncologia	10%
30717060	Desarticulação interescapulo-torácica	10%
30717060	Desarticulação interescapulo-toracica em oncologia	10%
30723027	Desarticulação interílio-abdominal	20%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30725070	Descolamento epifisário (traumático ou não) - tratamento cirúrgico	10%
30715091	Descompressão com esvaziamento medular por brocagem / via corticotomia	10%
30715091	Descompressão da junção crânio-cervical via transoral / retrofaringea	10%
30302021	Descompressão de nervo ótico	10%
30302021	Descompressão de órbita	10%
30302021	Descompressão de órbita ou nervo ótico	10%
30302021	Descompressão de órbita por doença ou trauma	10%
30715091	Descompressão óssea na junção crânio-cervical via posterior	10%
30715091	Descompressão óssea na junção crânio-cervical via posterior c/ duroplastia	10%
30730040	Desinserção ou miotomia	10%
30732034	Diafisectomia de ossos longos	10%
31009050	Diástase dos retos-abdominais - tratamento cirúrgico	10%
30701066	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão) - transplantes cutâneos	50%
30715180	Discectomia cervical / lombar / lombo-sacra por via posterior (1 nível c/ microscópio)	10%
30715180	Discectomia cervical / lombar / lombo-sacra por via posterior (dois níveis)	10%
30715180	Discectomia cervical / lombar / lombo-sacra por via posterior (um nível)	10%
30715393	Discectomia cervical anterior (até 2 níveis c/ microscópio)	10%
30715393	Discectomia cervical por via anterior (1 nível)	10%
30715393	Discectomia cervical por via anterior (2 ou mais níveis)	10%
30715180	Discectomia toraco-lombo-sacra por via anterior (1 nível)	10%
30715180	Discectomia toraco-lombo-sacra por via anterior (c/ 2 ou mais níveis)	10%
30730058	Dissecção muscular	10%
30212014	Dissecção radical do pescoço	10%
31003249	Distorção de volvo por laparotomia	10%
31103200	Diverticulectomia vesical	10%
30701082	Dorsal do pé - transplantes cutâneos	50%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30730066	Drenagem cirúrgica do iliopsoas	10%
30730066	Drenagem cirúrgica do psoas	10%
31202020	Drenagem de abscesso - escroto	10%
31004016	Drenagem de abscesso anu-retal	10%
31202020	Drenagem de abscesso da bolsa escrotal	10%
40813525	Drenagem de abscesso pélvico	10%
30205018	Drenagem de abscesso periamigdaliano	10%
31101011	Drenagem de abscesso renal / peri-renal	10%
30806011	Drenagem de abscesso subfrenico	10%
31104010	Drenagem de coleção peri-uretral	10%
30101638	Drenagem de fleimão urinoso	10%
31009174	Drenagem de hematoma / abscesso pre-peritoneal	10%
31009174	Drenagem de hematoma / abscesso retro-retal	10%
30715083	Drenagem líquórica lombar externa	10%
40813525	Drenagem percutânea de abscesso retroperitoneal ou pélvico	10%
30803055	Drenagem tubular aberta de cavidade pulmonar	10%
30803055	Drenagem tubular pleural aberta (pleurostomia)	10%
31006078	Duodenopancreatectomia em oncologia	20%
31202039	Elefantíase peno-escrotal - tratamento cirúrgico	10%
30910080	Embolectomia ou tromboembolectomia arterial	50%
30720079	Encurtamento de ossos longos exceto da mão e do pé	10%
30720079	Encurtamento segmentar dos ossos do antebraço com osteossíntese - tratamento cirúrgico	10%
30906199	Endarterectomia carotídea - cada segmento arterial tratado	10%
30906202	Endarterectomia ilíaco-femoral	10%
31101097	Endopielotomia percutânea unilateral	10%
31003290	Enteroanastomose (qualquer segmento)	10%
31003290	Entero-anastomose (qualquer segmento)	10%
31003303	Enterocolite necrotizante - tratamento cirúrgico	10%
31003303	Enterotomia e/ou enterorráfia c/ sutura / ressecção (qualquer segmento)	10%
31003320	Enterotomia e/ou enterorráfia de qualquer segmento (por sutura ou ressecção)	10%
30309018	Enucleação de globo ocular	10%
31005250	Enucleação de metástases hepáticas	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30309018	Enucleação ou evisceração com ou sem implante	10%
31403042	Enxerto de nervo	10%
30101336	Enxerto de pele (homoenxerto inclusive)	10%
30101344	Enxerto de pele múltiplo - por unidade topográfica (ut)	10%
30101336	Enxerto dermo-epidêmico	10%
30101336	Enxerto livre de pele total	10%
31403093	Enxerto microcirúrgico de nervo periférico (2 ou mais nervos)	10%
31403042	Enxerto microcirúrgico de nervo periférico (único nervo)	10%
30722306	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico	10%
31403093	Enxerto para reparo de 2 ou mais nervos	10%
31204031	Epididimectomia	10%
31204031	Epididimectomia c/ esvaziamento ganglionar	10%
31204031	Epididimectomia unilateral	10%
30724139	Epifisiodesse com abaixamento do grande trocanter - tratamento cirúrgico	10%
30724139	Epifisiodesse do trocanter maior do fêmur	10%
30724147	Epifisiodesse femoral proximal in situ	10%
30724147	Epifisiolistese proximal de fêmur (fixação "in situ") - tratamento cirúrgico	10%
31008054	Epiploplastia	10%
31306047	Episioperineorrafia não obstétrica	10%
30101360	Escalpo parcial - tratamento cirúrgico	20%
30101379	Escalpo total - tratamento cirúrgico	20%
30701090	Escapular - transplantes cutâneos	50%
30717019	Escapulopexia c/ ou s/ osteotomia da escápula / ressecção barra omo-cervical	10%
31004075	Esfincteroplastia anal (qualquer técnica)	10%
31104070	Esfincterotomia - uretra	10%
31004075	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal	10%
31001068	Esofagocoloplastia ou esofagogastroplastia em oncologia	20%
31001041	Esofagogastrectomia com toracotomia em oncologia	20%
31205011	Espermatoclectomia	10%
31205011	Espermatoclectomia unilateral	10%
31007023	Esplenectomia	10%
31007023	Esplenectomia parcial	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30715113	Espondilolistese - tratamento cirúrgico	10%
30403030	Estapedectomia	10%
30403030	Estapedectomia ou estapedotomia	10%
31004083	Estenose anal - tratamento cirúrgico (qualquer técnica)	10%
30402069	Estenose de conduto auditivo externo - correção	10%
31101100	Estenose de junção pieloureteral - tratamento cirúrgico	10%
30601037	Esternectomia subtotal	10%
30212030	Esvaziamento cervical radical (especificar o lado)	10%
31003346	Esvaziamento pélvico anterior ou posterior - procedimento cirúrgico	20%
30309018	Evisceração de globo ocular	10%
30201020	Excisão com plástica de vermelhão	10%
30202035	Excisão de lesão maligna com reconstrução à custa de retalhos locais	10%
31004091	Excisão de plicoma	10%
30204038	Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar	10%
31403115	Excisão de tumores dos nervos periféricos	10%
30101441	Excisão e enxerto de pele em oncologia	10%
30101450	Excisão e sutura com plástica em z na pele em oncologia	10%
31004245	Excisão local de tumor do reto em oncologia	10%
30201039	Excisão parcial de lábio com enxerto livre / rotação de retalho	10%
31301061	Excisão radical local da vulva (não inclui a linfadenectomia)	10%
31303153	Excisão tipo 3 do colo uterino	10%
30302030	Exenteração com osteotomia	10%
30302030	Exenteração de órbita	10%
30302048	Exenteração de órbita	10%
30302048	Exenteração de órbita em oncologia	10%
31003346	Exenteração pélvica posterior em oncologia	20%
31204066	Exérese de cisto de epidídimo	10%
31009042	Exérese de cisto sacro-coccigeo	10%
31204066	Exérese de cisto unilateral	10%
31302084	Exérese de cisto vaginal	10%
31302084	Exérese de cisto vaginal	10%
30101468	Exérese de lesão / tumor de pele e mucosas	10%
30101441	Exérese de lesão com auto-enxertia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31301088	Exérese de lesão da vulva e/ou do períneo (por grupo de até 5 lesões)	10%
31204066	Exérese de lesão do cordão espermático	10%
30204038	Exérese de rânula ou mucocele	10%
30210127	Exérese de tumor benigno, cisto ou fístula	10%
30302056	Exérese de tumor com abordagem craniofacial oncológica (tempo facial) pálpebra, cavidade orbitária e olhos	10%
30206065	Exérese de tumor de vias aéreas superiores, face e pescoço	10%
30204100	Exérese de tumor e enxerto livre - glândulas salivares	100%
30302056	Exérese de tumor maligno intra-ocular	10%
30206065	Exérese de tumor por via endoscópica	10%
30101484	Exérese de unha	10%
30101450	Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos	10%
30717035	Exploração articular c/ ou s/ sinovectomia de médias / grandes articulações	10%
30721083	Exploração articular c/ ou s/ sinovectomia de pequenas articulações	10%
31403123	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	10%
31401090	Exploração diagnóstica cirúrgica para implantação unilateral de eletrodos invasivos (inclui vídeo)	20%
30910102	Exploração vascular em traumas torácicos e abdominais	10%
30101530	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio)	10%
30213029	Extirpação de bocio intratorácico por via transternal	10%
30205174	Extirpação de tumor do cavum e faringe	10%
30101468	Extirpação e supressão de lesão de pele e de tecido celular subcutâneo	10%
30101468	Extirpação múltipla de lesão da pele ou tecido celular subcutâneo em oncologia	10%
30205174	Faringectomia total em oncologia	10%
30205140	Faringolaringectomia	100%
30205158	Faringolaringoesofagectomia total	50%
30726204	Fasciectomia	10%
30730074	Fasciotomia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30729122	Fasciotomia de membros inferiores	10%
30101778	Fasciotomia de membros superiores	10%
30729122	Fasciotomia ou ressecção de fascia plantar - tratamento cirúrgico	10%
30730090	Fasciotomia p/ descompressão	10%
30730090	Fasciotomias (descompressivas)	10%
30801036	Fechamento de fístula tráqueo-cutânea	10%
30601053	Fechamento de pleurostomia	10%
40813576	Fechamento percutâneo de fistulas arteriovenosas c/ liberação de coils	20%
40814033	Fibrinólise visceral intravascular por cateter (inclui fibrinolítico)	10%
30202060	Fístula orofacial - tratamento cirúrgico	10%
31004113	Fístula reto-vaginal e fístula anal em ferradura - tratamento cirúrgico via perineal	10%
31102107	Fístula uretero-cutânea unilateral (tratamento cirúrgico)	10%
31102123	Fístula uretero-vaginal unilateral (tratamento cirúrgico)	10%
31104088	Fístula uretro-cutânea - correção cirúrgica	10%
31103294	Fístula vésico-entérica - tratamento cirúrgico	10%
31103308	Fístula vésico-retal - tratamento cirúrgico	10%
31103324	Fístula vésico-vaginal - tratamento cirúrgico	10%
31004121	Fistulectomia / fistulotomia anal	10%
31004121	Fistulectomia anal em dois tempos	10%
31003389	Fixação do reto por via abdominal	10%
30718058	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	10%
30207118	Fratura cominutiva de mandíbula - redução cirúrgica com fixação óssea e bloqueio intermaxilar eventual	10%
30207142	Fratura de maxila, tipo lefort i e ii - redução e aplicação de levantamento zigomático-maxilar com bloqueio intermaxilar eventual	10%
30302064	Fratura de órbita - redução cirúrgica	10%
30721148	Fratura de osso do carpo - redução cirúrgica	10%
30715148	Fratura do cóccix - tratamento cirúrgico	10%
30726107	Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico	10%
30724171	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - redução incruenta	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30724180	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	10%
30729157	Fratura e/ou luxações do pé (exceto antepé) - tratamento cirúrgico	10%
30207100	Fratura naso etmóido órbita-etmoidal	10%
30207096	Fratura simples de mandíbula - redução cirúrgica com fixação óssea e bloqueio intermaxilar eventual	10%
30207088	Fratura simples de mandíbula com contenção e bloqueio intermaxilar eventual	10%
30720117	Fratura viciosamente consolidada de antebraço - tratamento cirúrgico	10%
30723043	Fratura/luxação com fixador externo - tratamento cirúrgico	10%
30719089	Fraturas / pseudartroses / artroses / com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico	10%
30728100	Fraturas / pseudartroses / artroses ao nível do tornozelo com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico	10%
30207134	Fraturas alveolares - fixação com aparelho e contenção	10%
30722411	Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico com fixação	10%
30501229	Fraturas dos ossos nasais - redução cirúrgica e gesso	10%
30719100	Fraturas e ou luxações - tratamento cirúrgico	10%
30726123	Fraturas e/ou luxações ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	10%
30723051	Fraturas e/ou luxações do anel pélvico (com uma ou mais abordagens) - tratamento cirúrgico	10%
30729173	Fraturas e/ou luxações do antepé - tratamento cirúrgico	10%
30721199	Fraturas e/ou luxações do punho - tratamento cirúrgico	10%
30717094	Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - redução incruenta - em articulação escapulo-umeral e cintura escapular	10%
30717108	Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico - em articulação escapulo-umeral e cintura escapular	10%
31002072	Gastrectomia parcial c/ ou s/ vagotomia	10%
31002064	Gastrectomia parcial com linfadenectomia	20%
31002072	Gastrectomia parcial com vagotomia	10%
31002315	Gastrectomia parcial com vagotomia por videolaparoscopia	10%
31002064	Gastrectomia parcial em oncologia	20%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31002099	Gastrectomia polar superior com reconstrução jejunal com toracotomia	100%
31002102	Gastrectomia polar superior com reconstrução jejunal sem toracotomia	100%
31002129	Gastrectomia total	10%
31002110	Gastrectomia total com linfadenectomia	20%
31002110	Gastrectomia total em oncologia	20%
31002129	Gastrectomia total via abdominal	10%
31002218	Gastrectomia vertical em manga (sleeve)	20%
31002315	Gastrectomia videolaparoscopica	10%
31002021	Gastroenteroanastomose	10%
31002218	Gastroplastia c/ derivacao intestinal	20%
31002145	Gastrorrafia videolaparoscopica	10%
31002056	Gastrostomia	10%
31002056	Gastrostomia confecção / fechamento	10%
31002056	Gastrostomia videolaparoscopica	10%
30602114	Ginecomastia - unilateral	10%
30403073	Glomus timpânico - ressecção	10%
30202078	Glossectomia parcial	10%
30202078	Glossectomia parcial em oncologia	10%
30202078	Glossectomia total	100%
30202078	Glossectomia total em oncologia	10%
30702011	Grande dorsal (latissimus dorsi) - transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares	50%
30729181	Hallux valgus (um pé) - tratamento cirúrgico	10%
30211042	Hemimandibulectomia ou ressecção segmentar ou seccional da mandíbula	10%
30723027	Hemipelvectomia em oncologia	20%
31004091	Hemorroidectomia	10%
31005292	Hepatectomia parcial	10%
31005292	Hepatectomia parcial em oncologia	10%
31005284	Hepatorrafia complexa c/ lesao de estruturas vasculares biliares	10%
31005284	Hepatorrafia complexa com lesão de estruturas vasculares biliares	10%
31005012	Hepatotomia e drenagem de abscesso / cisto	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30715393	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	10%
31009069	Hérnia inguinal encarcerada em rn ou lactente - tratamento cirúrgico	10%
31009093	Hernioplastia epigástrica	10%
31009093	Hernioplastia epigástrica videolaparoscopica	10%
31009107	Hernioplastia incisional	10%
31009115	Hernioplastia inguinal (bilateral)	10%
31009069	Hernioplastia inguinal / crural (unilateral)	10%
31009140	Hernioplastia recidivante	10%
31009166	Hernioplastia umbilical	10%
31009077	Herniorrafia c/ ressecção intestinal (hernia estrangulada)	10%
31009077	Herniorrafia com ressecção intestinal - estrangulada	10%
31009093	Herniorrafia epigástrica	10%
31009107	Herniorrafia incisional	10%
31009336	Herniorrafia inguinal videolaparoscopica	10%
31009140	Herniorrafia recidivante	10%
31009158	Herniorrafia s/ ressecção intestinal (hernia estrangulada)	10%
31009158	Herniorrafia sem ressecção intestinal encarcerada	10%
31009166	Herniorrafia umbilical videolaparoscopica	10%
31203043	Hidrocele unilateral - correção cirúrgica	10%
31302114	Himenotomia	10%
31301096	Hipertrofia dos pequenos lábios - correção cirúrgica	10%
31401074	Hipofisectomia por qualquer método	10%
31303102	Histerectomia (por via vaginal)	10%
31303080	Histerectomia c/ anexectomia (uni / bilateral)	10%
31303129	Histerectomia c/ ressecção de órgãos contíguos em oncologia	20%
31303102	Histerectomia com ou sem anexectomia (uni / bilateral) em oncologia	10%
31303080	Histerectomia subtotal	10%
31303080	Histerectomia subtotal com ou sem anexectomia, uni ou bilateral - qualquer via	10%
31303200	Histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia, uni ou bilateral - via alta	10%
31303102	Histerectomia total	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31303110	Histerectomia total ampliada - qualquer via - (não inclui a linfadenectomia pélvica)	20%
31303110	Histerectomia total ampliada (werthein-meigs)	10%
31303110	Histerectomia total ampliada em oncologia	10%
31303129	Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral - qualquer via	20%
31303200	Histerectomia videolaparoscópica	10%
31303188	Histeroscopia cirúrgica c/ ressectoscopia	10%
31303170	Histeroscopia cirúrgica com biópsia e/ou curetagem uterina, lise de sinéquias, retirada de corpo estranho	10%
30101336	Homoenxertia (ato cirurgico pre e pos-operatorio)	10%
30704022	Ilíaco	50%
30913012	Implantação de cateter de longa permanência semi ou totalmente implantável (procedimento principal)	10%
40813932	Implantação de shunt intra-hepatico porto-sistemico (tips) c/ stent nao recoberto	50%
40813932	Implantação de shunt intra-hepatico portosistemico (tips) c/ stent nao recoberto	50%
30304083	Implante de anel intra-estromal	10%
30904161	Implante de cardiodesfibrilador multissítio - trc-d (gerador e eletrodos)	100%
30904064	Implante de cardioversor desfibrilador (cdi) multi-sitio transvenoso	100%
30904021	Implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso	100%
30904064	Implante de cardioversor desfibrilador multi-sitio endocavitario c/ reversão para epimiocárdico por	100%
31401082	Implante de cateter intracraniano	10%
30904064	Implante de marcapasso cardíaco multi-sitio endocavitario c/ reversao p/ epi miocárdico (por toracoto	100%
30904064	Implante de marcapasso cardíaco multi-sitio epimiocárdico por toracotomia p/implante de eletrodo	100%
30904064	Implante de marcapasso cardíaco multi-sitio transvenoso	100%
30904145	Implante de marcapasso de câmara dupla epimiocárdico	50%
30904137	Implante de marcapasso de câmara unica transvenoso	20%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30904080	Implante de marcapasso temporario transvenoso	10%
30310032	Implante de prótese anti-glaucomatosa	10%
30304083	Implante intra-estromal	10%
31401120	Implante intratecal de bomba de infusão de fármacos	100%
31401120	Implante intraventricular de bomba de infusão de fármacos	100%
30912296	Implante transcater de prótese valvar aórtica (tavi)	100%
30101638	Incisão e drenagem de flegmão	10%
31103332	Incontinência urinária - "sling" vaginal ou abdominal	10%
31103359	Incontinência urinária - tratamento cirúrgico supra-púbico	10%
31103367	Incontinência urinária - tratamento endoscópico (injeção)	10%
31103375	Incontinência urinária com colpoplastia anterior - tratamento cirúrgico (com ou sem uso de prótese)	10%
30701120	Inguino-cural - transplantes cutâneos	50%
31103367	Injecao de gordura / teflon peri-uretral	10%
30904080	Instalação de marca-passo epimiocárdio temporário	10%
31102050	Instalação endoscópica de cateter duplo j	10%
30213037	Istmectomia ou nodulectomia	10%
31003214	Jejunostomia / ileostomia	10%
30301157	Lagoftalmo - correção cirúrgica	10%
31307060	Laparoscopia ginecológica com ou sem biópsia (inclui a cromotubagem)	10%
30206120	Laringectomia parcial em oncologia	10%
30206138	Laringectomia total c/ esvaziamento cervical	10%
30206138	Laringectomia total em oncologia	10%
30206170	Laringofissura (inclusive com cordectomia)	10%
30206170	Laringofissura para colocacao de molde nos traumatismos de laringe	10%
30206200	Laringotraqueoplastia	10%
30726131	Lesão aguda de ligamento colateral, associada a ligamento cruzado e menisco - tratamento cirúrgico	10%
30726140	Lesões agudas e/ou luxações de meniscos (1 ou ambos) - tratamento cirúrgico	10%
30726166	Lesões intrínsecas de joelho (lesões condrais, osteocondrite dissecante, plica patológica, corpos livres, artrofitose) - tratamento cirúrgico	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30726182	Lesões ligamentares agudas - tratamento cirúrgico	10%
30728142	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	10%
30722462	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica	10%
30726190	Lesões ligamentares periféricas crônicas - tratamento cirúrgico	10%
30910110	Lesões vasculares cervicais e cérvico-torácicas	10%
30910129	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10%
30101824	Liberação de aderências intestinais	10%
30726204	Liberação lateral e facectomias - tratamento cirúrgico	10%
30906210	Ligadura / secção de vasos aberrantes	10%
30906210	Ligadura de carótida em oncologia	10%
30906210	Ligadura de carótida ou ramos	10%
30602130	Linfadenectomia axilar	10%
30602130	Linfadenectomia axilar unilateral em oncologia	10%
30914051	Linfadenectomia cervical	20%
30914051	Linfadenectomia cervical recorrência unilateral em oncologia	20%
30914051	Linfadenectomia cervical supraomohioidea unilateral em oncologia	20%
30914043	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	20%
30914043	Linfadenectomia inguinal unilateral em oncologia	10%
30914043	Linfadenectomia inguino-iliaca unilateral em oncologia	10%
30805090	Linfadenectomia mediastinal	20%
30805090	Linfadenectomia mediastinal em oncologia	20%
30914060	Linfadenectomia pélvica em oncologia	10%
30212090	Linfadenectomia profunda	10%
30602130	Linfadenectomia radical axilar bilateral	10%
30602130	Linfadenectomia radical axilar unilateral	10%
30212030	Linfadenectomia radical cervical bilateral	10%
30212030	Linfadenectomia radical cervical unilateral	10%
30914051	Linfadenectomia radical cervical unilateral em oncologia	20%
30914043	Linfadenectomia radical inguinal bilateral	10%
30914043	Linfadenectomia radical inguinal unilateral	10%
30914051	Linfadenectomia radical modificada cervical unilateral em oncologia	20%
30914043	Linfadenectomia radical vulvar	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30914078	Linfadenectomia retroperitoneal	20%
30914078	Linfadenectomia retroperitoneal	10%
30914078	Linfadenectomia retroperitoneal em oncologia	10%
30602289	Linfadenectomia seletiva guiada (linfonodo sentinela) em oncologia	10%
30212090	Linfadenectomia supraclavicular unilateral em oncologia	10%
30914094	Linfedema - ressecção total	100%
30212189	Lipoaspiração de giba ou região submandibular em pacientes com lipodistrofia decorrente do uso de anti-retroviral	10%
30101190	Lipoenxertia de gluteo em paciente com lipodistrofia glutea decorrente do uso de anti- retroviral	10%
31102379	Litotripsia	10%
31005292	Lobectomia hepática direita	20%
30803080	Lobectomia pulmonar	20%
30803080	Lobectomia pulmonar em oncologia	20%
30803217	Lobectomia pulmonar por videotoracoscopia	10%
31401139	Localização estereotáxica de corpo estranho intracraniano com remoção	10%
31101127	Lombotomia	10%
31101127	Lombotomia exploradora	10%
30602351	Mamoplastia	10%
30602149	Mastectomia radical c/ linfadenectomia	10%
30602149	Mastectomia radical c/ linfadenectomia axilar em oncologia	10%
30602149	Mastectomia radical ou radical modificada - qualquer técnica	10%
30602157	Mastectomia simples	10%
30602157	Mastectomia simples em oncologia	10%
30602165	Mastectomia subcutânea e inclusão da prótese	10%
30403081	Mastoidectomia radical	10%
30403081	Mastoidectomia simples ou radical modificada	10%
30403081	Mastoidectomia subtotal	10%
31104134	Meatoplastia (retalho cutâneo)	10%
31104142	Meatotomia simples	10%
31104142	Meatotomia uretral	10%
31005250	Metastasesectomia hepática em oncologia	10%
30803098	Metastasesectomia pulmonar uni ou bilateral (qualquer método)	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30803098	Metastasectomia pulmonar unilateral (qualquer técnica)	20%
30803225	Metastasectomia pulmonar unilateral por videotoracoscopia	10%
31403123	Microcirurgia de plexo braquial com exploração e neurolise	10%
31403174	Microcirurgia de plexo braquial com microenxertia	10%
30715350	Microcirurgia de tumor medular	20%
30715350	Microcirurgia de tumor medular com técnica complementar	20%
31403174	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurolise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	100%
31401171	Microcirurgia p/ara aneurisma da circulação cerebral anterior menor que 1,5 cm	20%
31401171	Microcirurgia para aneurisma da circulação cerebral anterior maior que 1,5 cm	20%
31401171	Microcirurgia para aneurisma da circulação cerebral posterior (maior que 1,5 cm)	20%
31401171	Microcirurgia para aneurisma da circulação cerebral posterior menor que 1,5 cm	20%
31401252	Microcirurgia para lesionectomia sem monitoramento intra-operatorio	20%
31401171	Microcirurgia para malformacao arterio-venosa cerebral	20%
31401171	Microcirurgia para malformacao arterio-venosa cerebral	20%
31401171	Microcirurgia para malformação arterio-venosa cerebral profunda	20%
31401252	Microcirurgia para resseccao multilobar / hemisferectomia / calosotomia	20%
31401252	Microcirurgia para ressecção unilobar extratemporal com monitoramento intraoperatorio	20%
31401252	Microcirurgia para resseccao unilobar extratemporal sem monitoramento intraoperatorio	20%
30302099	Microcirurgia para tumor de orbita	10%
31401155	Microcirurgia para tumor intracraniano	20%
31401155	Microcirurgia para tumor intracraniano (com tecnica complementar)	20%
30302099	Microcirurgia para tumores orbitários	10%
31401171	Microcirurgia vascular intracraniana (com técnica complementar)	20%
31403123	Microneurolise de nervo periferico	10%
31403255	Microneurorrafia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31403255	Microneurorrafia de dedos da mão	10%
31403263	Microneurorrafia múltipla (plexo nervoso)	10%
30715067	Miectomia superseletiva	20%
31303145	Miomectomia	10%
31303145	Miomectomia uterina	10%
31303250	Miomectomia uterina laparoscópica	10%
31303250	Miomectomia videolaparoscópica	10%
30730112	Miorrafias	10%
30601070	Mobilização de retalhos musculares / do omento	10%
30601070	Mobilização de retalhos musculares ou do omento	10%
31101160	Nefrectomia parcial	10%
31101160	Nefrectomia parcial em oncologia	10%
31101160	Nefrectomia parcial unilateral	10%
31101186	Nefrectomia total em oncologia	10%
31101208	Nefro ou pieloenterocistostomia unilateral	10%
31101216	Nefrolitotomia	10%
31101216	Nefrolitotomia anatrófica unilateral	10%
31101224	Nefrolitotomia percutânea	10%
31101224	Nefrolitotomia percutânea unilateral	10%
31101283	Nefropexia	10%
31101283	Nefropexia unilateral	10%
31101208	Nefropielostomia	10%
31101291	Nefrorrafia	10%
31101291	Nefrorrafia (trauma) unilateral	10%
31101305	Nefrostomia a céu aberto unilateral	10%
31101305	Nefrostomia c/ ou s/ drenagem	10%
31101313	Nefrostomia percutânea	10%
31101313	Nefrostomia percutânea unilateral	10%
31101321	Nefroureterectomia total em oncologia	10%
31009204	Neuroblastoma abdominal - exérese	20%
31403263	Neurorrafia	10%
31403123	Neurotomia seletiva de trigêmeo e outros nervos cranianos	10%
31404022	Neurotomia seletiva do trigêmeo	10%
31404022	Nucleotracotomia trigeminal e/ou espinal	10%
31307116	Omentectomia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31305016	Ooforectomia / ooforoplastia	10%
31305016	Ooforectomia uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral	10%
31103359	Operacao de burch	10%
30302137	Orbitotomia	10%
31203060	Orquidopexia bilateral	10%
31203078	Orquiectomia subcapsular bilateral	10%
31203078	Orquiectomia uni ou bilateral c/ esvaziamento ganglionar	10%
31203078	Orquiectomia unilateral em oncologia	10%
30724228	Ostectomia da pelve	10%
30720150	Ostectomia de ossos da mão e/ou do pé	10%
30720141	Ostectomia de ossos longos exceto da mão e do pé	10%
30704030	Osteocutâneo de íliaco	50%
30704049	Osteocutâneos de costela	50%
30715210	Osteomielite de coluna - tratamento cirúrgico	10%
30704057	Osteomusculocutâneo de costela	50%
30205182	Osteoplastia do mento com ou sem implante aloplástico	10%
30208025	Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo	10%
30207118	Osteossíntese da fratura complexa da mandíbula	10%
30207029	Osteossíntese da fratura do osso zigomático	10%
30207096	Osteossíntese de fratura bilateral do côndilo mandibular	10%
30207029	Osteossíntese de fratura complexa da maxila	10%
30722527	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com fixação externa	10%
30207100	Osteossíntese de fratura do complexo naso-órbito-etmoidal	10%
30207096	Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular	10%
30724228	Osteotomia - fixador externo	10%
30717051	Osteotomia da clavícula ou da escápula	10%
30208025	Osteotomia da mandíbula	10%
30208025	Osteotomia da mandíbula em paciente com anomalia crânio e bucomaxilofacial	10%
30208041	Osteotomia da maxila	10%
30723086	Osteotomia da pelve	10%
30208084	Osteotomia de maxila em pacientes com anomalia crânio e bucomaxilofacial	20%
30722705	Osteotomia de ossos da mão e/ou do pé	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30720141	Osteotomia de ossos longos exceto da mão e do pé	10%
30729190	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	10%
30723086	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	10%
30724236	Osteotomias ao nível do colo ou região trocanteriana (sugioka, martin, bombelli etc) - tratamento cirúrgico	10%
30726220	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	10%
30208041	Osteotomias segmentares da maxila ou malar	10%
30401046	Outros defeitos congênitos que não a microtia	10%
30704065	Outros transplantes ósseos e osteomusculocutâneos	50%
30501261	Ozena - tratamento cirúrgico	10%
30202094	Palatoplastia com enxerto ósseo	10%
30301173	Pálpebra - reconstrução total (com ou sem ressecção de tumor)	20%
- por estágio	10%	20%
31006051	Pancreatectomia corpo caudal com preservação do baço	20%
31006051	Pancreatectomia parcial em oncologia	20%
31006051	Pancreatectomia videolaparoscopica	20%
31006086	Pancreatotomia p/ drenagem	20%
30210038	Paralisia facial - reanimação com o músculo temporal (região oral), sem neurotização	10%
30214025	Paratireoidectomia	10%
30214025	Paratireoidectomia com toracotomia	20%
30214025	Paratireoidectomia total em oncologia	10%
30204046	Parotidectomia parcial com conservação do nervo facial	100%
30204046	Parotidectomia parcial em oncologia	10%
30204046	Parotidectomia parcial ou subtotal	10%
30204054	Parotidectomia total ampliada	100%
30204054	Parotidectomia total ampliada em oncologia	20%
30204062	Parotidectomia total com conservação do nervo facial	100%
30204070	Parotidectomia total com reconstrução do nervo facial	100%
30204089	Parotidectomia total com sacrifício do nervo facial, sem reconstrução	100%
30204062	Parotidectomia total em oncologia	10%
30726107	Patelectomia total ou parcial	10%
30202043	Pelviglossomandibulectomia	100%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30202043	Pelviglossomandibulectomia em oncologia	20%
30501270	Perfuração do septo nasal - correção cirúrgica	10%
30915040	Pericardiectomia parcial	20%
30912156	Pericardiocentese	10%
31306047	Perineorrafia (não obstétrica) e/ou episiotomia e/ou episiorrafia	10%
31008054	Peritoniotomia c/ tela inorgânica	10%
30704073	Perônio ou fíbula	50%
31101100	Pieloplastia	10%
31101097	Pielotomia	10%
30906113	Plastia arterial c/ remendo (qualquer técnica)	10%
31004083	Plástica anal externa / esfínteroplastia anal	10%
30303052	Plástica de conjuntiva	10%
30602033	Plástica mamaria feminina não estética	10%
30602165	Plástica mamaria reconstrutiva - pós mastectomia c/ implante de prótese	10%
30602262	Plástica mamaria reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamaria de silicone bilateral no processo	10%
30804043	Pleurodese	10%
30804043	Pleurodese (qualquer técnica)	10%
30804060	Pleurostomia	10%
30804060	Pleurostomia (aberta)	10%
30803101	Pneumomectomia radical em oncologia	20%
30803136	Pneumostomia (cavernostomia) com costectomia e estoma cutâneo-cavitário	10%
30803136	Pneumotomia com ressecção costal para drenagem cavitária/retirada de corpo estranho	10%
31004245	Pólipo retal - ressecção endoanal	10%
30906288	Ponte distal	10%
30906296	Ponte fêmoro poplítea proximal	10%
30906180	Ponte-tromboendarterectomia aorto-iliaca	20%
30906229	Ponte-tromboendarterectomia aorta- femural	20%
30906229	Ponte-tromboendarterectomia aorto-femural	20%
30906180	Ponte-tromboendarterectomia aorto-iliaca	20%
30906199	Ponte-tromboendarterectomia de carotida	10%
30906202	Ponte-tromboendarterectomia iliaco-femural	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30210011	Preenchimento facial c/ tecido gorduroso em paciente c/ lipoatrofia de face decorrente do uso de anti-retroviral	10%
31003524	Proctocolectomia total	100%
31003532	Proctocolectomia total com reservatório ileal	100%
31003389	Proctopexia abdominal por procidência do reto	10%
31003320	Proctoplastia e proctorrafia por via perineal	10%
31201121	Prostatectomia suprapúbica	20%
31201113	Prostatovesicuclectomia radical	10%
31206220	Prostectomia	10%
30715245	Pseudartrose de coluna - tratamento cirúrgico	10%
30721210	Pseudartroses - tratamento cirúrgico	10%
30720133	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	10%
30717132	Pseudartroses e/ou osteotomias da cintura escapular - tratamento cirúrgico	10%
30728177	Pseudartroses ou osteotomias ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	10%
30718090	Pseudartrose, osteotomias, alongamentos/ encurtamentos - tratamento cirúrgico	10%
30912156	Punção saco pericárdico com introdução de cateter multipolar no espaço pericárdico	10%
30602203	Quadrantectomia - ressecção segmentar	10%
30602190	Quadrantectomia e linfadenectomia axilar	10%
30726247	Quadricepsplastia	10%
40813916	Quimo embolização de carcinoma hepático	20%
40813916	Quimo embolização para tratamento de tumor hepático	20%
30722209	Realinhamento de mecanismo extensor dos dedos da mão	10%
30726239	Realinhamento do mecanismo extensor do joelho	10%
30726239	Realinhamentos do aparelho extensor - tratamento cirúrgico	10%
30303052	Recobrimento conjuntival	10%
30904102	Recolocação de eletrodo / gerador com ou sem troca de unidades	10%
30313058	Reconstituição de canal lacrimal	10%
30302110	Reconstituição de cavidade orbitária	10%
30301211	Reconstituição de fornix conjuntival	10%
30313058	Reconstituição de vias lacrimais com silicone ou outro material	10%
30301173	Reconstituição total de pálpebra	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30101174	Reconstrução c/ retalho mio cutâneo (qualquer parte) em oncologia	20%
30101697	Reconstrução c/ retalho osteomiocutaneo em oncologia	20%
30721237	Reconstrução capsulo-ligamentar de cotovelo punho	10%
30215048	Reconstrução craniana ou craniofacial	100%
30912032	Reconstrução da bifurcação aorto-iliaca c/ angioplastia e stents	20%
30305020	Reconstrução da câmara anterior	10%
30602262	Reconstrução da mama com prótese e/ou expensor	10%
30901090	Reconstrução da raiz da aorta	100%
30901090	Reconstrução da raiz da aorta c/ tubo valvado	100%
30305020	Reconstrução de câmara anterior do olho	10%
30401062	Reconstrução de lóbulo da orelha	10%
30731011	Reconstrução de polia tendinosa dos dedos da mão	10%
30401062	Reconstrução de polo superior da orelha	10%
30201080	Reconstrução de sulco gengivo-labial	50%
30726182	Reconstrução de tendão patelar / tendão quadricipital	10%
30501296	Reconstrução de unidade anatômica do nariz - por estágio	10%
30401062	Reconstrução de unidade anatômica do pavilhão auricular - por estágio	10%
31001270	Reconstrução do esôfago cervical e torácico com transplante segmentar de intestino	50%
30401062	Reconstrução do helix da orelha	10%
30201080	Reconstrução do sulco gengivo-labial	10%
30728142	Reconstrução ligamentar do tornozelo	10%
30726190	Reconstrução ligamentar extra articular do joelho	10%
30733073	Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior)	10%
30726131	Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado posterior c/ ou s/ anterior)	10%
30302110	Reconstrução parcial da cavidade orbital - por estágio	10%
30208106	Reconstrução parcial da mandíbula com enxerto ósseo	50%
30208106	Reconstrução parcial de mandíbula / maxila	10%
30101174	Reconstrução por microcirurgia (qualquer parte) em oncologia	20%
30302129	Reconstrução total da cavidade orbital - por estágio	10%
30302129	Reconstrução total de cavidade orbitária	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30201098	Reconstrução total de lábio em paciente com anomalia crânio e bucomaxilofacial	10%
30208114	Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo	50%
30208114	Reconstrução total de mandíbula/maxila	10%
30401062	Reconstrução total de orelha (múltiplos estágios)	10%
30201098	Reconstrução total do lábio	50%
30201020	Reconstrução total ou parcial de lábio	10%
30501296	Reconstrução total ou parcial de nariz	10%
30726247	Reconstruções ligamentares do pivot central - tratamento cirúrgico	10%
30901090	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - em defeitos cardíacos congênitos	100%
30501229	Redução cirúrgica de fratura dos ossos próprios do nariz	10%
31003249	Redução cirúrgica de volvo por laparotomia	10%
30207134	Redução de fratura alvéolo-dentária sem osteossíntese	10%
30207088	Redução de fratura da mandíbula sem osteossíntese.	10%
30207142	Redução de fratura da maxila - le fort i sem osteossíntese.	10%
30207037	Redução de fratura de seio frontal (acesso frontal)	10%
30207029	Redução de fratura do malar (com fixação)	10%
30207010	Redução de fratura do malar (sem fixação)	10%
30724171	Redução incruenta c/ manipulação de luxação espontânea / progressiva do quadril com aplicação	10%
30717094	Redução incruenta de luxação ou fratura / luxação escapulo-umeral	10%
30602351	Redução mamaria em paciente c/ lipodistrofia decorrente do uso de antiretrovirais	10%
31001262	Refluxo gastroesofágico - tratamento cirúrgico (hérnia de hiato)	10%
30705100	Reimplante de segmentos distais do membro superior, com ressecção segmentar	10%
30722683	Reimplante do polegar	10%
30705100	Reimplante ou revascularização ao nível da mão e outros dedos (exceto polegar)	10%
30722683	Reimplante ou revascularização do polegar	10%
30730155	Reinserção muscular	10%
31003230	Remoção cirúrgica de fecaloma	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31009263	Reparação de outras hérnias (inclui herniorrafia muscular)	10%
30721237	Reparação ligamentar do carpo	10%
30735068	Reparo de rotura do manguito rotador (inclui procedimentos descompressivos)	10%
30904102	Reposicionamento de eletrodos de cardioversor desfibrilador	10%
30904102	Reposicionamento de eletrodos de marcapasso	10%
30904102	Reposicionamento de eletrodos de marcapasso multi-sítio	10%
30715148	Ressecção de cóccix	10%
30722705	Ressecção 1ª fileira dos ossos do carpo	10%
31307124	Ressecção alargada de tumor de partes moles de parede abdominal em oncologia	20%
31005373	Ressecção ampliada de via biliar extra-hepática em oncologia	10%
30720141	Ressecção da cabeça do rádio e/ ou da extremidade distal ulna - tratamento cirúrgico	10%
30732034	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	10%
30715164	Ressecção de 2 ou mais corpos vertebrais cervicais	20%
30715164	Ressecção de 2 ou mais corpos vertebrais toraco- lombo-sacros	20%
31104169	Ressecção de carúncula	10%
31104169	Ressecção de carúncula uretral	10%
30715164	Ressecção de elemento vertebral posterior / póstero-lateral distal a c2 (at 2 segmentos)	20%
30715164	Ressecção de elemento vertebral posterior / póstero-lateral / distal a c2 (mais de 2 segmentos)	20%
30204020	Ressecção de glândula salivar	10%
30204100	Ressecção de glândula salivar menor em oncologia	10%
30204100	Ressecção de glândula sublingual em oncologia	10%
30204020	Ressecção de glândula submandibular/ póstero-lateral / distal a c2 (mais de 2 segmentos)	100%
30204020	Ressecção de glândula submandibular em oncologia	10%
30403073	Ressecção de glomo timpânico	10%
30202035	Ressecção de lesão da boca	10%
30205239	Ressecção de lesão maligna de mucosa bucal	100%
30205239	Ressecção de lesão maligna de mucosa bucal em oncologia	10%
30313066	Ressecção de lesão maligna e benigna da região crânio e bucomaxilofacial	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30602076	Ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia (por mama)	10%
31401201	Ressecção de mucocele frontal	20%
30204038	Ressecção de mucocele frontal	10%
30401097	Ressecção de pavilhão auricular em oncologia	10%
31104177	Ressecção de prolapso da mucosa da uretra	10%
30212146	Ressecção de tumor de corpo carotídeo	10%
30205174	Ressecção de tumor de faringe (via bucal ou nasal)	20%
30205182	Ressecção de tumor de faringe com acesso por faringotomia ou por retalho jugal	10%
30805147	Ressecção de tumor de mediastino	10%
30205212	Ressecção de tumor de nasofaringe via endoscópica	10%
31307124	Ressecção de tumor de parede abdominal pélvica	20%
30101913	Ressecção de tumor de partes moles em oncologia	20%
30205212	Ressecção de tumor de rinofaringe em oncologia	10%
31005373	Ressecção de tumor de vesícula ou da via biliar com hepatectomia	20%
30805147	Ressecção de tumor do mediastino	10%
30732018	Ressecção de tumor e reconstrução c/ retalho microcirúrgico	10%
30732123	Ressecção de tumor e reconstrução c/ retalho não microcirúrgico (exceto mão e pé)	10%
30732123	Ressecção de tumor e reconstrução c/ transporte ósseo	10%
30212146	Ressecção de tumor glomíco em oncologia	10%
30732085	Ressecção de tumor ósseo com substituição (endo prótese) ou com reconstrução e fixação em oncologia	20%
30732018	Ressecção de tumor ósseo e reconstrução c/ enxerto	10%
30732123	Ressecção de tumor ósseo e reconstrução c/ retalho não microcirúrgico (apenas mão e pé)	10%
30732123	Ressecção de tumor ósseo e reconstrução por deslizamento	10%
30715202	Ressecção de tumor raquimedular extra dural	20%
31009204	Ressecção de tumor retro peritoneal c/ ressecção de órgãos contíguos em oncologia	20%
31101470	Ressecção de tumor retro peritoneal em oncologia	20%
30213029	Ressecção de tumor tireoidiano por via trans esternal em oncologia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30715164	Ressecção de um corpo vertebral cervical	20%
30715164	Ressecção de um corpo vertebral toraco-lombo- sacro	20%
31104177	Ressecção de válvula uretral posterior	10%
31307132	Ressecção de varizes pélvicas	10%
30211042	Ressecção do côndilo mandibular com ou sem reconstrução	10%
31307116	Ressecção do epiplom	10%
30602289	Ressecção do linfonodo sentinela / torácica lateral	10%
30720141	Ressecção do olecrano e/ou cabeça do rádio	10%
30404126	Ressecção do osso temporal	50%
30720150	Ressecção do processo estilóide do rádio - tratamento cirúrgico	10%
31104088	Ressecção e fechamento de fistula uretral	10%
30201055	Ressecção em cunha de lábio e sutura	100%
30201055	Ressecção em cunha de lábio e sutura em oncologia	10%
30803039	Ressecção em cunha, tumorectomia / biopsia de pulmão a céu aberto	10%
31102247	Ressecção endoscópica da extremidade distal do ureter	10%
31103219	Ressecção endoscópica de lesão vesical	10%
31201130	Ressecção endoscópica de próstata	10%
31103456	Ressecção endoscópica de tumor vesical em oncologia	10%
30730058	Ressecção muscular	10%
31307132	Ressecção ou ligadura de varizes pélvicas	10%
30201039	Ressecção parcial de lábio com enxerto ou retalho em	100%
30201039	Ressecção parcial de lábio com enxerto ou retalho em oncologia	10%
30803098	Ressecção pulmonar em cunha em oncologia	10%
30731232	Ressecção simples de tumor ósseo / de partes moles	10%
30401097	Ressecção subtotal ou total de orelha	10%
30201047	Ressecção total de lábio e reconstrução com retalho mio cutâneo	100%
30201047	Ressecção total de lábio e reconstrução com retalho mio cutâneo em oncologia	10%
31009050	Ressutura de parede abdominal (por deiscência total / evisceração)	10%
30101697	Retalho composto (incluindo cartilagem ou osso)	20%
30715261	Retirada de corpo estranho da coluna cervical por via anterior	10%
30715261	Retirada de corpo estranho da coluna toraco-lombo-sacra por via anterior	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30715261	Retirada de corpo estranho da coluna toraco-lombo-sacra por via posterior	10%
30912210	Retirada de corpo estranho de sistema cardiovascular por técnicas hemodinâmicas	10%
30714028	Retirada de corpo estranho dos ossos da face	10%
30714010	Retirada de corpo estranho intra-articular	10%
30714028	Retirada de corpo estranho intraósseo	10%
30215056	Retirada de cranioplastia	10%
30904110	Retirada de sistema de estimulação cardíaca artificial	10%
30904110	Retirada do sistema (não aplicável na troca do gerador)	10%
31102301	Retirada percutânea de cálculo ureteral c/ cateter	10%
30912210	Retirada percutânea de corpos estranhos vasculares	10%
30702046	Reto abdominal (rectus abdominis)	50%
30703115	Reto anterior (rectus femoris)	50%
30703123	Reto interno (gracilis) - transplantes musculares com micro anastomoses vasculares	50%
30702054	Reto interno (gracilis) - transplantes músculo-cutâneos com micro anastomoses vasculares	50%
31003559	Retossigmoidectomia abdominal em oncologia	10%
31003559	Retossigmoidectomia abdomino-perineal	10%
30101743	Retração cicatricial de axila - tratamento cirúrgico	10%
30101751	Retração cicatricial de zona de flexão e extensão de membros superiores e inferiores - tratamento cirúrgico	10%
30101778	Retração cicatricial dos dedos c/ comprometimento tendinoso (por dedo)	10%
30101778	Retração de aponevrose palmar (dupuytren) - tratamento cirúrgico	10%
30701171	Retroauricular	50%
30906423	Revascularização arterial de membro superior	10%
30906423	Revascularização do membro superior	10%
30903025	Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea	100%
30903025	Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)	100%
30903025	Revascularização miocárdica com ou s/ uso de extracorpórea	50%
30903025	Revascularização miocárdica s/ uso de extracorpórea	100%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30903025	Revascularização miocárdica s/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)	100%
30906288	Revascularização por ponte / trombo endarterectomia de outras artérias distais	10%
30906288	Revascularização por ponte / trombo endarterectomia femuro-poplitea distal	10%
30906296	Revascularização por ponte / trombo endarterectomia femuro-poplitea proximal	10%
30721105	Revisão cirúrgica de coto de amputação do membro superior (exceto mão)	10%
30722241	Revisão cirúrgica de coto de amputação dos dedos	10%
30717159	Revisão cirúrgica de prótese de ombro	10%
30715245	Revisão de artrodese / tratamento cirúrgico de pseudartrose da coluna toraco-lombo-sacra anterior	10%
30715245	Revisão de artrodese / tratamento cirúrgico de pseudartrose da coluna cervical posterior	10%
30715245	Revisão de artrodese / tratamento cirúrgico de pseudartrose da coluna toraco-lombo-sacra posterior	10%
30715245	Revisão de artrodese tratamento cirúrgico de pseudartrose da coluna cervical anterior	10%
30729270	Rotura do tendão de aquiles - tratamento cirúrgico	10%
30715385	Sacralectomia (endopelvectomia) em oncologia	20%
31304044	Salpingectomia uni / bilateral	10%
31304044	Salpingectomia uni ou bilateral	10%
31304087	Salpingectomia uni ou bilateral laparoscópica	10%
31304087	Salpingectomia videolaparoscopica	10%
30703131	Sartório (sartorius)	50%
30803152	Segmentectomia (qualquer técnica)	20%
30803152	Segmentectomia pulmonar em oncologia	20%
30602203	Segmentectomia/quadrantectomia/ setorectomia de mama em oncologia	10%
30703140	Semimembranoso (semimembranosus)	50%
30703158	Semitendinoso (semitendinosus)	50%
30501369	Septoplastia para correção de desvio	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30703166	Serrato maior (serratus) - transplantes musculares com microanastomoses vasculares	50%
30702062	Serrato maior (serratus) - transplantes músculo-cutâneos com microanastomoses vasculares	50%
30602203	Setorectomia / quadrantectomia	10%
30602190	Setorectomia / quadrantectomia c/ esvaziamento ganglionar	10%
30301211	Simbléfaro com ou sem enxerto - correção cirúrgica	10%
31403344	Simpatectomia	10%
31403344	Simpatectomia lombar a céu aberto	10%
31403344	Simpatectomia lombar videocirúrgica	10%
31403379	Simpatectomia por videotoracoscopia	10%
31403344	Simpatectomia torácica a céu aberto	10%
31403379	Simpatectomia torácica videocirúrgica	10%
30720168	Sinostose rádio-ulnar - tratamento cirúrgico	10%
30721245	Sinovectomia de punho - tratamento cirúrgico	10%
30313066	Sondagem das vias lacrimais - com ou sem lavagem	10%
30313066	Sondagem de canal lacrimal sob anestesia geral	10%
30715288	Substituição de corpo vertebral	10%
31101038	Suprarrenalectomia bilateral	10%
31101038	Suprarrenalectomia unilateral	10%
30304075	Tarsoconjuntivoceratoplastia	10%
30701180	Temporal	50%
30731097	Tenólise	10%
30730112	Tenomiorrafia	10%
30730040	Tenomiectomia / desinserção	10%
30729270	Tenoplastia ou enxerto de tendão unico	10%
30731143	Tenorráfia no túnel osteo fibroso - mais de 2 dígitos	10%
30731143	Tenorráfia única em túnel osteo-fibroso	10%
30728029	Tenosinovectomia em membro inferior	10%
30721245	Tenosinovectomia em membro superior	10%
30703182	Tensor da fáscia lata (tensor fáscia lata) - transplantes musculares com micro anastomoses vasculares	50%
30702070	Tensor da fáscia lata (tensor fáscia lata) - transplantes músculo-cutâneos com micro anastomoses vasculares	50%
30805155	Timectomia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30805155	Timectomia (qualquer via)	20%
30805155	Timectomia em oncologia	10%
30403111	Tímpano-mastoidectomia	50%
30213037	Tireoidectomia parcial	10%
30213053	Tireoidectomia total c/ esvaziamento ganglionar	10%
30213053	Tireoidectomia total em oncologia	10%
30304075	Topoplastia do transplante	10%
30601150	Toracectomia	20%
30601150	Toracectomia com reconstrução parietal (por prótese)	10%
30601150	Toracectomia complexa em oncologia	10%
30601150	Toracectomia sem reconstrução parietal	10%
30601150	Toracectomia simples em oncologia	10%
30804132	Toracostomia com drenagem pleural fechada	10%
30601177	Toracotomia com biópsia	10%
30601185	Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos)	10%
30601193	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral	10%
31203108	Torção de testículo - cura cirúrgica	10%
30715296	Tração cervical trans esquelética	10%
31401252	Transecções sub-piais múltiplas em áreas eloquentes	20%
30724236	Transferência do grande trocanter (procedimento isolado)	10%
30730155	Transferência muscular / tendinosa no membro inferior	10%
30717167	Transferências musculares ao nível do ombro - tratamento cirúrgico	10%
30701198	Transplante cutâneo com micro anastomose	50%
30907128	Transplante de segmento venoso valvulado	10%
30701210	Transplante mio cutâneo com micro anastomose	50%
30704081	Transplante ósseo vascularizado (micro anastomose)	50%
30730015	Transposição / alongamento mio tendinoso do iliopsoas em doença neuromuscular	10%
30717167	Transposição / transferência mio tendinosa múltipla	10%
30730155	Transposição / transferência mio tendinosa única	10%
31403352	Transposição de nervo	10%
30907128	Transposição de veias do sistema venoso profundo	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31403352	Transposição do nervo cubital	10%
30730155	Transposição muscular	10%
31101437	Transuretero anastomose	10%
31303153	Traquelectomia - amputação, conização - (com ou sem cirurgia de alta frequência / caf)	20%
31303161	Traquelectomia radical (não inclui a linfadenectomia)	100%
31303153	Traquelectomia radical em oncologia	10%
30801079	Traqueoplastia	10%
30801079	Traqueoplastia (qualquer via)	10%
30206200	Traqueoplastia e/ou laringotraqueoplastia	10%
30801079	Traqueoplastia por acesso torácico	10%
30801036	Traqueorrafia e/ou fechamento de fistula traqueo-cutanea	10%
30801095	Traqueostomia	10%
30801184	Traqueostomia com retirada de corpo estranho	10%
30801095	Traqueostomia trans tumoral em oncologia	10%
30718058	Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do úmero	10%
30723043	Tratamento cirúrgico da avulsão de tuberosidades / espinhas e crista ilíaca s/ lesão do anel pél	10%
30215080	Tratamento cirúrgico da fratura do crânio - afundamento	10%
30212189	Tratamento cirúrgico da lipomatosa cervical	10%
30215099	Tratamento cirúrgico da osteomielite de crânio	20%
30735033	Tratamento cirúrgico da síndrome do impacto sub- acromial	10%
30726131	Tratamento cirúrgico das desinserções das espinhas intercondilares / epicondilites	10%
31401295	Tratamento cirúrgico de abscesso intracraniano	20%
30906040	Tratamento cirúrgico de aneurismas das artérias viscerais	10%
30208122	Tratamento cirúrgico de anquilose da articulação temporomandibular	10%
30208122	Tratamento cirúrgico de anquilose da articulação temporomandibular	10%
30715210	Tratamento cirúrgico de artrite infecciosa (grandes e médias articulações)	10%
30728029	Tratamento cirúrgico de artrite infecciosa das pequenas articulações	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30723043	Tratamento cirúrgico de associação fratura / luxação / fratura-luxação / disjunção do anel p	10%
30724180	Tratamento cirúrgico de avulsão do grande e do pequeno trocanter	10%
30101824	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas	10%
30210127	Tratamento cirúrgico de cisto do complexo maxilo-mandibular	10%
31103375	Tratamento cirúrgico de cistocele	10%
30729190	Tratamento cirúrgico de coalizão tarsal	10%
31302114	Tratamento cirúrgico de coaptacao de ninfas	10%
30722276	Tratamento cirúrgico de dedo em gatilho	10%
30722284	Tratamento cirúrgico de dedo em martelo / em garra (mão e pé)	10%
30722250	Tratamento cirúrgico de deformidade articular por retração teno-capsulo-ligamentar	10%
31001238	Tratamento cirúrgico de divertículo do tubo digestivo	10%
30729319	Tratamento cirúrgico de elefantíase ao nível do pé	10%
31202039	Tratamento cirúrgico de elefantíase do pênis	10%
30101360	Tratamento cirúrgico de escalpo parcial	10%
30101379	Tratamento cirúrgico de escalpo total	10%
30402069	Tratamento cirúrgico de estenose do conduto auditivo	10%
30210127	Tratamento cirúrgico de fístula e cistos oro- maxilares	10%
31401260	Tratamento cirúrgico de fistula liquórica raquidiana	10%
31004113	Tratamento cirúrgico de fistula reto-vaginal	10%
31102123	Tratamento cirúrgico de fistula uretro-vaginal	10%
31103294	Tratamento cirúrgico de fistula vesico-entérica	10%
31103308	Tratamento cirúrgico de fistula vesico-retal	10%
31103324	Tratamento cirúrgico de fistula vesico-vaginal	10%
31102107	Tratamento cirúrgico de fistulas ureterais	10%
30718058	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária da extremidade proximal do úmero	10%
30722527	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária das falanges da mão (com fixação)	10%
30718058	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária de epicôndilo / epitroclea do úmero	10%
30729157	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária de ossos do medio-pe	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30720095	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária do côndilo / tróclea/apófise coronoide do ulna /	10%
30722411	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária dos metacarpianos	10%
30729173	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária dos metatarsianos	10%
30729173	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária dos pododáctilos	10%
30725070	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária proximal (colo) do fêmur (síntese)	10%
30718058	Tratamento cirúrgico de fratura / lesão fisária supra condiliana do úmero	10%
30723051	Tratamento cirúrgico de fratura / luxação / fratura-luxação / disjunção do anel pélvico anter	10%
30715148	Tratamento cirúrgico de fratura / luxação / fratura-luxação do cóccix	10%
30724180	Tratamento cirúrgico de fratura / luxação coxofemoral c/ fratura da epífise femoral	10%
30728100	Tratamento cirúrgico de fratura bi maleolar / tri maleolar / da fratura-luxação do tornozelo	10%
30717108	Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula	10%
30727138	Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tibia	10%
30725160	Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do fêmur	10%
30720095	Tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço	10%
30726107	Tratamento cirúrgico de fratura da patela por fixação interna	10%
30720095	Tratamento cirúrgico de fratura de extremidades / metáfise proximal dos ossos do antebraço	10%
30720176	Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de ambos os ossos do antebraço (c/ síntese)	10%
30720095	Tratamento cirúrgico de fratura diafisária única do rádio / da ulna	10%
30729157	Tratamento cirúrgico de fratura do calcâneo	10%
30717108	Tratamento cirúrgico de fratura do colo e cavidade glenoide de escapula	10%
30717108	Tratamento cirúrgico de fratura do corpo de escapula	10%
30209056	Tratamento cirúrgico de fratura do crânio com afundamento	10%
30207010	Tratamento cirúrgico de fratura do osso zigomático sem osteossíntese	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30727138	Tratamento cirúrgico de fratura do pilão tibial	10%
30727138	Tratamento cirúrgico de fratura do planalto tibial	10%
30729157	Tratamento cirúrgico de fratura do talus	10%
30728126	Tratamento cirúrgico de fratura do tornozelo uni maleolar	10%
30725127	Tratamento cirúrgico de fratura intercondileana / dos côndilos do fêmur	10%
30726123	Tratamento cirúrgico de fratura lesão fisária ao nível do joelho	10%
30727138	Tratamento cirúrgico de fratura lesão fisária distal de tibia	10%
30720095	Tratamento cirúrgico de fratura lesão fisária dos ossos do antebraço	10%
30715164	Tratamento cirúrgico de fratura nível c1 - c2 por via anterior (osteossíntese)	20%
30725127	Tratamento cirúrgico de fratura sub trocanteriana	10%
30725127	Tratamento cirúrgico de fratura supra condiliana do fêmur (metáfise distal)	10%
30725127	Tratamento cirúrgico de fratura trans trocanteriana	10%
30720117	Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos exceto da mão e do pé	10%
30724180	Tratamento cirúrgico de fratura-luxação da articulação coxofemoral (duplo acesso)	10%
30721199	Tratamento cirúrgico de fratura-luxação de galeazzi / monteggia / essex-lopresti	10%
30720176	Tratamento cirúrgico de fraturas com fixador externo - antebraço	10%
30725160	Tratamento cirúrgico de fraturas com fixador externo - coxa/fêmur	10%
30601215	Tratamento cirúrgico de fraturas do gradil costal	10%
30601215	Tratamento cirúrgico de fraturas do gradil costal	10%
30721148	Tratamento cirúrgico de fraturas dos ossos do carpo	10%
30729181	Tratamento cirúrgico de halux valgus c/ osteotomia do primeiro osso metatarsiano	10%
31401309	Tratamento cirúrgico de hematoma intracerebral	20%
31401309	Tratamento cirúrgico de hematoma intracerebral (com técnica complementar)	20%
31401309	Tratamento cirúrgico de hematoma subdural agudo	20%
31009263	Tratamento cirúrgico de hernia muscular	10%
31203043	Tratamento cirúrgico de hidrocele	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31301096	Tratamento cirúrgico de hipertrofia dos pequenos lábios	10%
31103332	Tratamento cirúrgico de incontinência urinaria por via vaginal	10%
31103359	Tratamento cirúrgico de incontinência urinaria via abdominal	10%
30726255	Tratamento cirúrgico de infecção em artroplastia das médias / pequenas articulações	20%
30724066	Tratamento cirúrgico de infecção pós artroplastia (grandes articulações)	10%
30721237	Tratamento cirúrgico de lesão aguda capsulo-ligamentar do membro superior: cotovelo / punho	10%
30726247	Tratamento cirúrgico de lesão aguda capsulo-ligamentar membro inferior (joelho / tornozelo)	10%
30730074	Tratamento cirúrgico de lesão da musculatura intrínseca da mão	10%
31405029	Tratamento cirúrgico de lesão do sistema nervoso autônomo - qualquer método	10%
30725054	Tratamento cirúrgico de lesão evolutiva fisária no membro inferior	10%
30719089	Tratamento cirúrgico de lesão evolutiva fisária no membro superior	10%
30101530	Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	10%
30910110	Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas da região cervical	10%
30910129	Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas de membro inferior bilateral	10%
30910129	Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas de membro inferior unilateral	10%
30910129	Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas de membro superior bilateral	10%
30910129	Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas de membro superior unilateral	10%
30910102	Tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas do abdômen	10%
30101140	Tratamento cirúrgico de linfedema	10%
30729319	Tratamento cirúrgico de linfedema ao nível do pé	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30729173	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura- luxação metatarso-falangiana / interfalangiana	10%
30717108	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação acromioclavicular	10%
30726123	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação ao nível do joelho	10%
30721199	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação carpo-metacarpiana	10%
30721148	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação dos ossos do carpo	10%
30717108	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação escapulo-umeral aguda	10%
30601240	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação esterno-clavicular	20%
30722411	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação metacarpo-falangiana	10%
30729173	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação metatarso interfalangiana	10%
30729157	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação subtalar e intra-tarsica	10%
30729157	Tratamento cirúrgico de luxação / fratura luxação tarso-metatársica	10%
30724180	Tratamento cirúrgico de luxação coxofemoral traumática / pós-artroplastia	10%
30719100	Tratamento cirúrgico de luxação ou fratura- luxação do cotovelo	10%
30717108	Tratamento cirúrgico de luxação recidivante / habitual de articulação escapulo-umeral	10%
30729084	Tratamento cirúrgico de metatarso primo varo	10%
30301017	Tratamento cirúrgico de miíase palpebral	10%
31403360	Tratamento cirúrgico de neuropatia compressiva com ou sem microcirurgia	10%
30215099	Tratamento cirúrgico de osteomielite de ossos da face	10%
30215099	Tratamento cirúrgico de osteomielite do crânio	10%
30210038	Tratamento cirúrgico de paralisia facial (suspensão de hemifacial)	10%
30501270	Tratamento cirúrgico de perfuração do septo nasal	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30728177	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea ao nível do tarso	10%
30725011	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da diáfise do fêmur	10%
30727014	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da diáfise tibial	10%
30721210	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da mão	10%
30725011	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea da região trocanter	10%
30720133	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea do antebraço	10%
30725011	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea do colo do fêmur	10%
30729190	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea do pé	10%
30718090	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea do úmero	10%
30725011	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação / perda óssea metáfise distal do	10%
30726220	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação ao nível do joelho	10%
30727014	Tratamento cirúrgico de pseudartrose / retardo de consolidação/ perda óssea da metáfise tibial	10%
30719089	Tratamento cirúrgico de pseudartrose ao nível do cotovelo	10%
30720133	Tratamento cirúrgico de pseudartrose na região metafise-epifisaria distal do radio e ulna	10%
30721075	Tratamento cirúrgico de pseudo-retardo / consolidação / perda óssea ao nível do carpo	10%
31001262	Tratamento cirúrgico de refluxo gastresofágico	10%
31102530	Tratamento cirúrgico de refluxo vesico-ureteral	10%
30717132	Tratamento cirúrgico de retardo de consolidação da pseudartrose de clavícula / escapula	10%
31004300	Tratamento cirúrgico de retocele (colpoperineoplastia posterior)	10%
30101743	Tratamento cirúrgico de retração cicatricial da axila	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30101751	Tratamento cirúrgico de retração cicatricial dos dedos da mão/pé s/ comprometimento tendinoso	10%
30101751	Tratamento cirúrgico de retração cicatricial na região poplítea	10%
30101751	Tratamento cirúrgico de retração muscular	10%
30501261	Tratamento cirúrgico de rinite crônica (ozena)	10%
30722462	Tratamento cirúrgico de rotura / desinserção / arrancamento capsulo-teno-ligamentar na mão	10%
30726140	Tratamento cirúrgico de rotura de menisco com sutura meniscal uni / bicompatimental	10%
30733057	Tratamento cirúrgico de rotura do menisco com meniscectomia parcial / total	10%
30737079	Tratamento cirúrgico de síndrome compressiva em túnel osteo-fibroso ao nível do carpo	10%
30720168	Tratamento cirúrgico de sinostose rádio ulnar	10%
31203108	Tratamento cirúrgico de torção do testículo / do cordão espermático	10%
31102255	Tratamento cirúrgico de ureterocele	10%
31203124	Tratamento cirúrgico de varicocele	10%
30907136	Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)	10%
30907144	Tratamento cirúrgico de varizes (unilateral)	10%
31001238	Tratamento cirúrgico do divertículo esofágico	10%
30729106	Tratamento cirúrgico do halux rigidus	10%
30729181	Tratamento cirúrgico do halux valgus s/ osteotomia do primeiro osso metatarsiano	10%
30302064	Tratamento cirúrgico do soalho da órbita	10%
30401046	Tratamento cirúrgico não estético da orelha	10%
30722306	Tratamento cirúrgico p/ reparações de perda de substância da mão	10%
30726166	Tratamento das lesões osteo-condrais por fixação ou mosaico plastia joelho/tornozelo	10%
30804140	Tratamento de coágulo retido intratorácico (qualquer via)	10%
30917034	Tratamento de contusão miocárdica	20%
31403166	Tratamento de dor por estereotaxia	10%
30917034	Tratamento de ferimento cardíaco perfuro- cortante	20%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
30602114	Tratamento de ginecomastia ou pseudoginecomastia em paciente c/ lipodistrofia decorrente do uso de antiretroviral	10%
31405029	Tratamento de lesão do sistema neurovegetativo por agentes químicos	10%
31403166	Tratamento de movimento anormal por estereotaxia	10%
31403166	Tratamento de movimento anormal por estereotaxia com micro registro	10%
30101344	Tratamento em estágios subsequentes de enxertia	10%
31403360	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressas (tumoral, inflamatório etc.)	10%
31403115	Tratamento microcirúrgico de tumor de nervo periférico / neuroma	10%
30804140	Tratamento operatório da hemorragia intrapleural	10%
31401082	Trepanação craniana para propedêutica ou terapêutica neurocirúrgica	10%
30906032	Troca de arco aórtico	50%
31401090	Troca de gerador de pulsos para estimulação cerebral	20%
30907110	Trombectomia do sistema venoso	10%
30907110	Trombectomia venosa	10%
40814033	Trombólise medicamentosa arterial ou venosa para tratamento de isquemia mesentérica	10%
30101913	Tu partes moles - exérese	20%
30302137	Tumor de órbita - exérese	10%
30732123	Tumor ósseo (ressecção segmentar)	10%
30715385	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	20%
31103456	Tumor vesical - ressecção endoscópica	10%
30731232	Tumores de tendão ou sinovial - tratamento cirúrgico	10%
30737079	Túnel do carpo - descompressão - procedimento videoartroscopico de punho e túnel do carpo	10%
30901090	Uni focalização de ramos da artéria pulmonar c/ circulação extracorpórea	100%
30901090	Uni focalização de ramos da artéria pulmonar s/ circulação extracorpórea	100%
31102247	Ureterectomia	10%

CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS		
Código TUSS	PROCEDIMENTOS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
31102247	Ureterectomia unilateral	10%
31102255	Ureterocele unilateral - ressecção a céu aberto	10%
31102344	Ureter enteroplastia	10%
31102301	Ureter litotomia	10%
31102301	Ureter litotomia unilateral	10%
31101437	Ureteroplastia	10%
31102344	Ureteroplastia unilateral	10%
31102425	Ureterostomia cutânea	10%
31102425	Ureterostomia cutânea unilateral	10%
31104193	Uretroplastia (ressecção de corda)	10%
31104193	Uretroplastia anterior	10%
31104193	Uretroplastia autógena	10%
31104193	Uretroplastia heterogênea	10%
31104134	Uretrorrafia	10%
31104215	Uretrostomia	10%
31104215	Uretrostomia perineal / cutânea / externa	10%
31104070	Uretrotomia interna	10%
31002250	Vagotomia c/ operação de drenagem	10%
31002250	Vagotomia com operação de drenagem	10%
30912245	Valvoplastia pulmonar percutânea	20%
30912245	Valvoplastia tricúspide percutânea	20%
31203124	Varicocele unilateral - correção cirúrgica	10%
30907144	Varizes - tratamento cirúrgico de um membro	10%
30903041	Ventriculectomia parcial - em coronariopatas	100%
40814092	Vertebro plastia por dispositivo guiado dois níveis	100%
40814092	Vertebro plastia por dispositivo guiado em um nível	100%
40814092	Vertebro plastia por dispositivo guiado três níveis	100%
30307120	Vitrectomia posterior	10%
30307120	Vitrectomia vias pares plana	10%
31301126	Vulvectomia ampliada (não inclui a linfadenectomia)	20%
31301126	Vulvectomia ampliada c/ linfadenectomia	10%
31301088	Vulvectomia parcial em oncologia	10%
31301126	Vulvectomia total ampliada c/ linfadenectomia em oncologia	10%

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídas desta Cobertura as cirurgias realizadas nas circunstâncias relacionadas abaixo ou que se enquadrem nas descrições abaixo:

- a) **procedimentos relacionados a ou decorrentes de condições pré-existent ou congênitas conhecidas pelo Segurado e não declaradas durante a contratação do Seguro;**
- b) **procedimentos com indicação prévia ao início de Vigência da Apólice;**
- c) **punções em geral;**
- d) **citologias em geral;**
- e) **procedimentos com objetivo diagnóstico;**
- f) **procedimentos paliativos;**
- g) **procedimentos ambulatoriais ou em regime de Day Clinic.**
- h) **procedimentos não invasivos;**
- i) **procedimentos para doação de órgãos/tecidos não sendo o Segurado o receptor;**
- j) **procedimentos estéticos, de rejuvenescimento ou emagrecimento;**
- k) **procedimentos reparadores em lesões existentes anteriormente à contratação;**
- l) **procedimentos para tratamento ou decorrentes de calvície, obesidade e redução de peso;**
- m) **procedimentos de mudança de sexo;**
- n) **procedimentos relacionados à gestação/obstétricos, incluindo parto, cesariana, maternidade e abortamento, assim como suas complicações;**
- o) **procedimentos relacionados ou com finalidade de tratamento de infertilidade/fertilidade/esterilização ou mesmo impotência sexual, incluindo congelamento de óvulos;**
- p) **procedimentos odontológicos, inclusive gengivais e alveolares;**
- q) **procedimentos decorrentes de atos dolosos cometidos pelo Segurado;**
- r) **procedimentos decorrentes da prática profissional de esportes;**
- s) **procedimentos de diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;**

- t) procedimentos para miopia, astigmatismo presbiopia, hipermetropia ou catarata;
- u) procedimentos restritos ao nariz, dentre os quais: rinosinusite, sinusectomia, harmonização nasal, polipectomia, septoplastia ou desvio de septo nasal;
- v) procedimentos por acidentes que ocorreram fora do período de Cobertura, mesmo que reparador ou por complicação;
- w) procedimentos experimentais ou que não são aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;
- x) procedimentos realizados por técnicas de Artroscopia ou tratamento cirúrgico necessário devido a utilização de procedimento de Artroscopia;
- y) procedimentos relacionados ao tratamento da Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) independente da forma e quando esta foi adquirida se esta foi adquirida.

5. VIGÊNCIA

5.1. A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 6.2.3 das Condições Gerais.

5.2. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

5.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 6.1.2 destas Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice.

6.2. O Capital Segurado para os diversos tipos de cirurgias e procedimentos cobertos será calculado conforme os percentuais estabelecidos na tabela prevista no item 3.7 dessas Condições Especiais.

6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data de realização da Cirurgia Coberta.

7. CANCELAMENTO

7.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) cancelamento da cobertura básica de morte;
- b) quando o segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade;
- c) modificação da apólice para seguro com valor saldado ou seguro com benefício prolongado;
- d) com a solicitação expressa do segurado para o cancelamento desta cobertura adicional.

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. O pagamento do Capital Segurado decorrente desta Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 8.2, conforme previsto nas Condições Gerais e demais disposições do Seguro.

8.2. Os seguintes documentos serão necessários para análise e liquidação de Sinistros cobertos por este Seguro, podendo a Omint solicitar cópias autenticada e/ou documentos complementares, se necessário:

- a) **formulário de aviso de sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;**
- b) **documento assinado pelo Médico Assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do Médico Assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;**
- c) **documento de identidade e CPF do Segurado, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;**
- d) **comprovante de residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;**
- e) **relatório de operação e ficha anestésica;**
- f) **prontuário hospitalar completo;**
- g) **exames comprobatórios da patologia base que indicou a Cirurgia Coberta;**
- h) **boletim de ocorrência (quando aplicável).**

8.3. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado. O Capital Segurado será pago ao Segurado de forma única e integral.

8.4. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do Capital Segurado, se este já era de direito, o valor será pago a seus Beneficiários, conforme a legislação vigente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

9.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE QUEBRA DE OSSOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada e pago o Prêmio a ela correspondente, garante ao Segurado, na hipótese de um Evento Coberto causado exclusivamente por Acidente Pessoal, o pagamento do Capital Segurado contratado de acordo com o percentual previsto na tabela de fratura de ossos destas Condições Especiais. Serão observados os limites de garantia, os Riscos Excluídos, o Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, conforme previstos nesta Condições Especiais.

1.2. Estas Condições Especiais integram o Seguro de Vida Individual, prevalecendo sobre eventuais disposições em contrário das Condições Gerais.

1.3. Para fins desta Cobertura, serão utilizadas as mesmas definições do Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais, além das definições a seguir inseridas:

Benefício Adicional: Capital Segurado adicional a ser pago no caso de Fratura Exposta.

Evento Coberto: ocorrência de fratura(s) óssea(s) especificada(s) nestas Condições Especiais causadas por Acidente Pessoal coberto durante a vigência da Cobertura, nos termos das Condições Especiais.

Fratura com Crânio Deprimido: fratura na qual há depressão óssea de um ou mais ossos do crânio, com conseqüente laceração dural e/ ou lesão do cérebro subjacente.

Fratura Completa: fratura em que o osso se quebra em dois ou mais fragmentos, ocorrendo a separação total das partes fraturadas.

Fratura Exposta: é aquela em que ocorre comunicação de parte do osso lesionado, chamado foco da fratura, com o meio externo, com perda de continuidade de pele.

Fratura Incompleta ou Fissura Óssea: fratura em que não há separação total das partes.

Fratura Patológica: aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, tal como tumor ósseo, metástase de tumores, osteomielite, doenças do metabolismo ósseo e outras. São causadas por um grau de esforço que, se não fosse a área enfraquecida por uma doença, não resultaria em uma fratura.

Fratura por Estresse: fratura resultante de um número repetitivo de movimentos em determinada região que pode levar a fadiga e desbalanço da atuação dos osteoblastos e osteoclastos e favorecer a ruptura óssea.

Luxação: é uma separação entre ossos que formam uma articulação, ou seja, quando um osso sai de sua posição anatômica correta.

Osteoporose: porosidade no osso causada por perda de massa óssea.

2. GARANTIA

2.1. Não há limites de Eventos Cobertos durante a vigência desta cobertura, No entanto, o pagamento de indenizações está sujeito à limitação do Capital Seguro disponível para pagamento de Sinistros.

2.2. Caso não ocorra nenhum Evento Coberto durante uma Vigência da Cobertura, o valor do Capital Segurado não será acumulado para períodos subsequentes.

2.3. Um mesmo tipo de Evento Coberto poderá ser coberto mais de uma vez ao longo da Vigência da Apólice, desde que esteja de acordo com o item 2.1.

2.4. A garantia restringe-se a Eventos Cobertos ocorridos durante a Vigência desta Cobertura, decorrido o período de Carência.

2.5. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data na qual ocorreu a fratura óssea caracterizada como Evento Coberto.

2.6. Esta Cobertura garante ao Segurado o pagamento de um percentual do Capital Segurado nas circunstâncias descritas na tabela abaixo, em caso de fratura óssea caracterizada como Evento Coberto, causada por um Acidente Pessoal coberto.

2.7. 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.

2.8. Os Procedimentos cobertos estão listados a seguir:

FRATURAS COBERTAS	(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO
Fratura ao nível do punho e da mão	10%
Fratura em artelho (dedo do pé)	15%
Fratura em costela	15%
Fratura em costela(s), esterno e coluna torácica	25%
Fratura em ossos do metatarso	15%
Fratura em outros dedos	10%
Fratura em outros ossos do metacarpo	10%
Fratura em outros ossos do tarso	15%
Fratura em vértebra lombar	100%
Fratura em vértebra torácica	100%

Fratura na clavícula	30%
Fratura na diáfise da tíbia	15%
Fratura na diáfise do cúbito (ulna)	15%
Fratura na diáfise do fêmur	25%
Fratura na diáfise do rádio	15%
Fratura na diáfise do úmero	15%
Fratura na extremidade distal da tíbia	15%
Fratura na extremidade distal do fêmur	25%
Fratura na extremidade inferior do úmero	15%
Fratura na extremidade proximal da tíbia	15%
Fratura na extremidade superior do cúbito (ulna)	15%
Fratura na extremidade superior do rádio	15%
Fratura na extremidade superior do úmero	15%
Fratura na omoplata (escápula)	10%
Fratura na perna	15%
Fratura na perna, incluindo tornozelo	15%
Fratura na rótula (patela)	25%
Fratura na vértebra cervical	100%
Fratura no acetábulo	20%
Fratura no calcâneo	15%
Fratura no cóccix	5%
Fratura no colo do fêmur	50%
Fratura no crânio com ou sem afundamento	100%
Fratura no ílio	20%
Fratura no ísquio	20%
Fratura no maléolo lateral	15%
Fratura no maléolo medial	15%
Fratura no ombro e do braço	40%
Fratura no perônio (fíbula)	15%
Fratura no púbis	20%

Fratura no sacro	5%
Fratura nos ossos da face	40%
Fratura pertrocanterica	25%
Fratura subtrocanterica	25%
Fraturas de outras partes do fêmur	25%
Fraturas múltiplas da clavícula, da omoplata (escápula) e do úmero	40%
Fraturas múltiplas da coluna lombar e da pelve	80%
Fraturas múltiplas de costelas	30%
Fraturas múltiplas do antebraço	30%
Fraturas múltiplas do pé	30%
Fraturas múltiplas na perna	30%

2.9. O valor a ser indenizado independe da quantidade de fraturas ocorridas no osso ou no grupo de ossos informado em cada linha da tabela. O percentual indicado corresponde ao percentual máximo do Capital Segurado que será indenizado quando a ocorrência corresponder de forma exata à(s) circunstância(s) descrita(s) em cada linha da tabela acima, sendo necessário considerar, inclusive, quando a descrição considerar a fratura simultânea em mais de um osso.

2.10. Caso ocorra mais de uma fratura causada por um mesmo Acidente Pessoal coberto, o valor total do Capital Segurado a ser pago ao Segurado será o somatório dos valores correspondentes a cada fratura de ossos cobertos ou grupo de ossos, estabelecidos no item 2.8 destas Condições Especiais e limitado ao Capital Segurado contratado e disponível, conforme item 2.7 desta Condições Especiais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura as fraturas e/ou Eventos que se enquadrem nas descrições abaixo:

- a) todo tipo de fratura de ossos em consequência de Osteoporose;**
- b) fraturas por estresse de forma geral, completas ou incompletas;**
- c) fratura ou quebra de dentes;**
- d) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;**
- e) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do Seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do Seguro;**

- f) **quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
- g) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;**
- h) **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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- i) **autolesões, lesões voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;**
- j) **fratura de ossos decorrente, resultante ou derivada de doenças prévias e de conhecimento do Segurado antes do início da Cobertura do Seguro;**
- k) **luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza;**
- l) **lesões ligamentares, tendinosas ou de cartilagens de qualquer tipo ou natureza;**
- m) **fraturas Patológicas de qualquer tipo ou natureza;**
- n) **fraturas ocorridas nas falanges distais e mediais das mãos e dos pés;**
- o) **fratura de nariz, exceto para fraturas de ossos da face ou do crânio que corresponderem de forma exata à(s) circunstância(s) descrita(s) na Lista de fraturas de ossos ou grupo de ossos cobertos;**
- p) **eventos que não se incluem no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido nas Condições Gerais;**
- q) **amputação.**

4. VIGÊNCIA

4.1. A Vigência será definida pelo Proponente, considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 75 (setenta e cinco) anos.

4.2. A presente Cobertura vigerá pelo prazo determinado de 5 (cinco) anos, com a primeira Renovação ocorrendo de forma automática por igual prazo. As demais renovações poderão ocorrer de maneira tácita ou expressa, nos termos da Cláusula 6.2.3 das Condições Gerais .

4.3. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura adicional, mediante pagamento dos prêmios correspondentes, desde que não

ultrapasse o limite de idade da cobertura conforme observada na cláusula 6.1.2 destas Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e constará na Apólice.

5.2. Limitação do Capital Segurado disponível para pagamento de sinistros:

5.2.1. A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente na Cobertura, considerando os Eventos Cobertos ocorridos a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir do início de Vigência da Cobertura.

5.2.2. Os Sinistros cobertos terão seu Capital Segurado calculado conforme cláusulas 5.7 e 5.8 destas Condições Especiais.

5.2.2.1. O limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros é alcançado quando 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente for pago ao Segurado, nos termos da cláusula 5.3.1.

5.3. Quando alcançado o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, serão indenizáveis apenas Eventos Cobertos que ocorram a partir da reintegração do Capital Segurado desta Cobertura conforme cláusula 2.6 dessas Condições Especiais.

5.3.5. Em hipótese alguma o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, conforme previsto na cláusula 5.3.1, será ultrapassado caracterizando um pagamento superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente.

5.3.5.1. Caso o Capital Segurado a ser indenizado, dentro do período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da Cobertura, supere o limite estabelecido nesta cláusula, o Sinistro mais recente terá o valor da indenização reduzido de forma a respeitar o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros.

5.3.5.2. O Benefício Adicional de 50% (cinquenta por cento) em casos de fratura exposta será proporcional ao Capital Segurado disponível, respeitando o limite de pagamento de Sinistros da Cobertura.

5.3.6. Durante a vigência do Seguro, será possível realizar a indenização de um mesmo tipo de fratura de ossos, conforme tabela do item 2.7, desde que causada por Eventos Cobertos diferentes.

5.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do Sinistro, será considerada como data do evento, a data do acidente.

5.5. O Capital Segurado a ser pago, em caso de Sinistro coberto, será calculado aplicando-se, sobre o valor do Capital Segurado contratado, o percentual indicado na tabela de fratura de ossos cobertas dessas Condições Especiais.

5.6. A garantia prevê o pagamento de um benefício adicional de 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado a ser indenizado caso a fratura coberta relacionada nesta Cobertura seja caracterizada como Fratura Exposta.

5.7. Este benefício adicional será calculado com base no Capital Segurado a ser indenizado, inclusive nos casos previstos no item 5.3.5.1. destas Condições Especiais.

6. CANCELAMENTO

6.1. Esta Cobertura será automaticamente cancelada nas seguintes hipóteses:

- a)** cancelamento da Cobertura Básica de Morte;
- b)** quando o Segurado completar 75 (setenta e cinco) anos de idade;
- c)** modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado ou Seguro com Benefício Prolongado;
- d)** com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. O pagamento do Capital Segurado decorrente desta Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 7.2, conforme previsto nas Condições Gerais e demais disposições do Seguro.

7.2. Os seguintes documentos serão necessários para análise e liquidação de Sinistros cobertos por este Seguro, podendo a Omint solicitar cópias autenticada e/ou documentos complementares para a regulação do Sinistro dentre eles a densitometria óssea, se necessário:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;**
- b) documento assinado pelo médico assistente do Segurado, contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante. O documento deverá conter carimbo com o CRM do médico assistente e reconhecimento de firma da assinatura do médico;**
- c) documento de Identidade e CPF do Segurado, quando maior de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor de 18 (dezoito) anos;**
- d) comprovante de Residência do Segurado, não podendo ser anterior a 3 (três) meses;**
- e) boletim de ocorrência e/ou ficha de atendimento hospitalar;**
- f) exames comprobatórios da fratura (raio-x, tomografia entre outros) com o respectivo laudo médico.**

7.3. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado. O Capital Segurado será pago ao Segurado de forma única e integral.

7.4. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do Capital Segurado, se este já era de direito, o valor será pago a seus Beneficiários, conforme a legislação vigente.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais são parte integrante das Condições Gerais da Apólice, portanto aplicam-se a esta Cobertura todas as disposições contidas nas Condições Gerais.

8.2. As cláusulas e demais termos das Condições Gerais que não forem alteradas por estas Condições Especiais permanecem inalteradas. Caso contrário, prevalecem as disposições destas Condições Especiais.



www.omint.com.br