

**OMINT FOCO**  
**Seguro de Vida**  
**Individual**

**CONDIÇÕES GERAIS E**  
**ESPECIAIS DO PRODUTO**



Julho/2026

## CONDIÇÕES GERAIS

|     |                                                               |    |
|-----|---------------------------------------------------------------|----|
| 1.  | OBJETIVO DO SEGURO                                            | 9  |
| 2.  | COBERTURAS                                                    | 9  |
| 3.  | RISCOS EXCLUÍDOS                                              | 11 |
| 4.  | ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS                              | 13 |
| 5.  | ACEITAÇÃO DO SEGURO                                           | 13 |
| 6.  | VIGÊNCIA DO SEGURO                                            | 14 |
| 7.  | RENOVAÇÃO DO SEGURO                                           | 16 |
| 8.  | CARÊNCIAS                                                     | 17 |
| 9.  | PAGAMENTO DE PRÊMIOS                                          | 18 |
| 10. | PERÍODO DE TOLERÂNCIA                                         | 19 |
| 11. | MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO                     | 20 |
| 12. | CAPITAL SEGURADO                                              | 21 |
| 13. | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO         | 22 |
| 14. | OCORRÊNCIA DE SINISTROS                                       | 22 |
| 15. | RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 24 |
| 16. | JUNTA MÉDICA                                                  | 26 |
| 17. | DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)                     | 26 |
| 18. | CANCELAMENTO DO SEGURO                                        | 27 |
| 19. | PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO                                | 28 |
| 20. | PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO                                    | 30 |
| 21. | MUDANÇA DE SEGURO                                             | 30 |
| 22. | DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS                                  | 31 |
| 23. | DEFINIÇÕES - TERMOS TÉCNICOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS          | 37 |
| 24. | DISPOSIÇÕES GERAIS                                            | 40 |
| 25. | FORO CONTRATUAL                                               | 40 |



**COBERTURA BÁSICA DE MORTE - COBERTURA TEMPORÁRIA**

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 42 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 42 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 42 |
| 4. | BENEFICIÁRIO                       | 43 |
| 5. | VIGÊNCIA                           | 43 |
| 6. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 43 |
| 7. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 44 |

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

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO                           | 46 |
| 2. | DOENÇAS TERMINAIS COBERTAS         | 46 |
| 3. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 48 |
| 4. | CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA TERMINAL  | 49 |
| 5. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 49 |
| 6. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 49 |
| 7. | CANCELAMENTO DA GARANTIA           | 50 |
| 8. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 50 |

**COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL INDIVIDUAL**

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 52 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 52 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 52 |
| 4. | BENEFICIÁRIO                       | 52 |
| 5. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 53 |
| 6. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 54 |
| 7. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 54 |

**COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL FAMILIAR**

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 56 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 56 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 56 |
| 4. | BENEFICIÁRIO                       | 57 |
| 5. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 57 |
| 6. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 59 |
| 7. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 59 |

**COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL AMPLIADO**

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 61 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 61 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 62 |
| 4. | BENEFICIÁRIO                       | 62 |
| 5. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 62 |
| 6. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 65 |
| 7. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 65 |

**COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL**

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 67 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 67 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 68 |
| 4. | BENEFICIÁRIO                       | 68 |
| 5. | VIGÊNCIA                           | 68 |
| 6. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 68 |
| 7. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 69 |
| 8. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 69 |



**COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 71 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 77 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 77 |
| 4. | VIGÊNCIA                           | 78 |
| 5. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 78 |
| 6. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 78 |
| 7. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 79 |

**COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA**

|    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 81 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 82 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 82 |
| 4. | VIGÊNCIA                           | 82 |
| 5. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 83 |
| 6. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 83 |
| 7. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 84 |

**COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES**

|    |                                                 |    |
|----|-------------------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA                           | 86 |
| 2. | CARÊNCIA                                        | 87 |
| 3. | DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS | 87 |
| 4. | RISCOS EXCLUÍDOS                                | 90 |
| 5. | CAPITAL SEGURADO                                | 91 |
| 6. | VIGÊNCIA                                        | 91 |
| 7. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO              | 91 |
| 8. | CANCELAMENTO DA COBERTURA                       | 92 |
| 9. | DISPOSIÇÕES GERAIS                              | 92 |



**COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADA**

|    |                                                 |     |
|----|-------------------------------------------------|-----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA                           | 94  |
| 2. | CARÊNCIA                                        | 95  |
| 3. | DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS | 95  |
| 4. | RISCOS EXCLUÍDOS                                | 100 |
| 5. | CAPITAL SEGURADO                                | 101 |
| 6. | VIGÊNCIA                                        | 101 |
| 7. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO              | 101 |
| 8. | CANCELAMENTO DA COBERTURA                       | 102 |
| 9. | DISPOSIÇÕES GERAIS                              | 102 |

**COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES MODULAR**

|     |                                                 |     |
|-----|-------------------------------------------------|-----|
| 1.  | OBJETIVO DA COBERTURA                           | 104 |
| 2.  | DEFINIÇÕES                                      | 104 |
| 3.  | CARÊNCIA                                        | 105 |
| 4.  | DOENÇAS GRAVES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS | 105 |
| 5.  | RISCOS EXCLUÍDOS                                | 117 |
| 6.  | CAPITAL SEGURADO                                | 117 |
| 7.  | VIGÊNCIA                                        | 118 |
| 8.  | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO              | 118 |
| 9.  | CANCELAMENTO DA COBERTURA                       | 119 |
| 10. | DISPOSIÇÕES GERAIS                              | 120 |

**COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PLUS**

|    |                       |     |
|----|-----------------------|-----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA | 122 |
| 2. | CARÊNCIA              | 123 |
| 3. | FRANQUIA              | 123 |

|    |                                    |     |
|----|------------------------------------|-----|
| 4. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 124 |
| 5. | CAPITAL SEGURADO - DIÁRIA SEGURADA | 126 |
| 6. | VIGÊNCIA                           | 126 |
| 7. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 126 |
| 8. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 127 |
| 9. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 128 |

#### **COBERTURA ADICIONAL DE JAZIGO**

|    |                                    |     |
|----|------------------------------------|-----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 130 |
| 2. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 130 |
| 3. | CAPITAL SEGURADO                   | 130 |
| 4. | VIGÊNCIA                           | 130 |
| 5. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 131 |
| 6. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 132 |
| 7. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 132 |

#### **COBERTURA ADICIONAL DE PROTEÇÃO CIRÚRGICA**

|    |                                    |     |
|----|------------------------------------|-----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 134 |
| 2. | CARÊNCIA                           | 135 |
| 3. | GARANTIA                           | 135 |
| 4. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 180 |
| 5. | VIGÊNCIA                           | 182 |
| 6. | CAPITAL SEGURADO                   | 182 |
| 7. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 182 |
| 8. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 182 |
| 9. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 183 |

**COBERTURA ADICIONAL DE QUEBRA DE OSSOS**

|    |                                    |     |
|----|------------------------------------|-----|
| 1. | OBJETIVO DA COBERTURA              | 185 |
| 2. | GARANTIA                           | 186 |
| 3. | RISCOS EXCLUÍDOS                   | 189 |
| 4. | VIGÊNCIA                           | 190 |
| 5. | CAPITAL SEGURADO                   | 190 |
| 6. | CANCELAMENTO DA COBERTURA          | 192 |
| 7. | REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 192 |
| 8. | DISPOSIÇÕES GERAIS                 | 193 |



## CONDIÇÕES GERAIS

A **OMINT Seguros S.A.** institui o Seguro de Pessoas – VIDA INDIVIDUAL Temporário, 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

**2.1.** As Coberturas passíveis de contratação para este seguro dividem-se entre Cobertura Básica e Coberturas Adicionais, sendo obrigatória a contratação da Cobertura Básica Morte – Cobertura Temporária (MT) para efetivação deste seguro e acesso à contratação das 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:

#### 2.2. COBERTURA BÁSICA

- Morte – Cobertura Temporária (MT)

#### 2.3. COBERTURAS ADICIONAIS

- Funeral Individual (FI)
- Funeral Familiar (FF)
- Funeral Ampliado (FA)



- Jazigo (J)
- Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPA-Maj)
- Doenças Graves (DG)
- Doenças Graves Ampliada (DGA)
- Diária de Internação Hospitalar Plus (DIHP)
- Proteção Cirúrgica (PC)
- Quebra de Ossos (QO)
- Doenças Graves Modular (DGM)

**2.4.** As coberturas Morte – Cobertura Temporária, Funeral Individual, Funeral Familiar, Funeral Ampliado e Jazigo 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.

**2.5.** 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 Plus, 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.

**2.6.** A Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária, incluindo a garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado da Cobertura de Morte em caso de Doença Terminal compõe um único módulo, e sua contratação é obrigatória.

**2.7.** As Coberturas Adicionais de Funeral Individual, Funeral Familiar e Funeral Ampliado poderão ser facultativamente contratadas pelo Segurado. Fica vedada, no entanto, a contratação conjunta de tais Coberturas.

- 2.8.** Não será permitido o cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária com a manutenção das demais coberturas.
- 2.9.** A contratação das Coberturas Adicionais está condicionada à prévia contratação da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária.
- 2.10.** As Coberturas Adicionais de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliada não poderão ser contratadas simultaneamente.
- 2.11.** A Cobertura Adicional de Doenças Graves Modular, poderá ser contratada simultaneamente com as coberturas de Doenças Graves ou Doenças Graves Ampliada.
- 2.12.** A Cobertura Adicional de Jazigo somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Adicionais de Funeral Individual ou Funeral Familiar ou Funeral Ampliado.
- 2.13.** O pagamento da indenização da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária e das Coberturas Adicionais Morte Acidental, Funeral Individual, Funeral Familiar, Funeral Ampliado e/ou Jazigo – na hipótese de falecimento do Segurado - implica o cancelamento do seguro para toda e qualquer cobertura contratada.
- 2.14.** Na hipótese de contratação simultânea e recolhimento de Prêmio da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária e da Cobertura Adicional de Morte Acidental, ocorrendo Sinistro de morte por Acidente Pessoal coberto, serão pagos os Capitais Segurados das duas coberturas.
- 2.15.** 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 – Temporária e para a Cobertura Adicional de Morte Acidental, de acordo com as Coberturas contratadas.
- 2.16.** 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:
- 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 19 (Perda de Direito à Indenização) e 20 (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, locaute ("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;
- i)** de 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;
- 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 Adicional de Funeral Individual, Funeral Familiar ou Funeral Ampliado;
- 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, Funeral Familiar e Funeral Ampliado, 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 75 (setenta e cinco) anos, observada, para a Cobertura Adicional de Funeral Ampliado, a idade máxima de contratação de 55 (cinquenta e cinco) 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.

**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 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a Proposta, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificação do risco. Para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares, 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 20 (Período de Não Contestação).

**5.5.** A contagem do prazo de 25 (vinte e cinco) dias acima referido será interrompida nos casos em que seja necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco e terá novo início 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 25 (vinte e cinco) 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.

**5.8.1.** A cobertura provisória concedida durante a análise da proposta não obriga a Seguradora à aceitação definitiva do risco.

**5.9.** A emissão da Apólice de Seguro será feita em até 30 (trinta) dias corridos, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

## **6. VIGÊNCIA DO SEGURO**

**6.1.** A apólice estará vigente enquanto a Cobertura Básica Morte – Cobertura Temporária estiver ativa, e desde que sejam pagos os Prêmios referentes ao prazo de pagamento previamente escolhido pelo Segurado, observadas a Cláusula 18 (Cancelamento do Seguro) e as hipóteses de cancelamento de cada uma das Coberturas, conforme definido nas respectivas Condições Especiais.



**6.2.** 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.

**6.3.** 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.

**6.4.** 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.

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

**6.6.** A vigência deste seguro é temporária, conforme as opções e o limite de idade a seguir:

| COBERTURAS |                                                             | PRAZO DE PAGAMENTO    | LIMITE DE IDADE                                                                     |
|------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| BÁSICA     | Morte Temporária                                            | 10, 15, 20 ou 30 anos | Desde que o período de vigência não ultrapasse o limite máximo de 85 anos de idade. |
| ADICIONAIS | Funeral Individual                                          | 10, 15, 20 ou 30 anos | Desde que o período de vigência não ultrapasse o limite máximo de 80 anos de idade. |
|            | Funeral Familiar                                            |                       |                                                                                     |
|            | Jazigo                                                      |                       |                                                                                     |
|            | Morte Acidental                                             | 10, 15, 20 ou 30 anos | Desde que o período de vigência não ultrapasse o limite máximo de 85 anos de idade. |
|            | Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente          |                       |                                                                                     |
|            | Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada |                       |                                                                                     |
|            | Funeral Ampliado                                            | 5 anos                | Desde que o período de vigência não ultrapasse o limite máximo de 80 anos de idade. |
|            | Doenças Graves                                              |                       |                                                                                     |
|            | Doenças Graves Ampliada                                     |                       |                                                                                     |
|            | Doenças Graves Modular                                      |                       |                                                                                     |
|            | Diária de Internação Hospitalar Plus                        |                       |                                                                                     |
|            | Quebra de Ossos                                             |                       |                                                                                     |
|            | Proteção Cirúrgica                                          |                       |                                                                                     |

- 6.7.** A Cobertura Básica Morte – Cobertura Temporária será automaticamente cancelada quando o Segurado completar 85 (oitenta e cinco) anos.
- 6.8.** As Coberturas Adicionais Funeral Individual, Funeral Familiar, Funeral Ampliado, Jazigo, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada serão encerradas aos 80 (oitenta) anos de idade da pessoa segurada.
- 6.9.** As Coberturas Adicionais de Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular, Diária de Internação Hospitalar Plus, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos, serão encerradas aos 80 (oitenta) anos de idade da pessoa segurada.
- 6.10.** O início e término de Vigência de cada Cobertura Adicional contratada serão fixados na Apólice, conforme os critérios especificados nas respectivas Condições Especiais.
- 6.11.** O término de Vigência das Coberturas Adicionais poderá não coincidir com o final de Vigência da Cobertura Básica .
- 6.12.** Este seguro poderá ser alterado durante sua Vigência para Seguro com Valor Saldado, 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 na Cláusula 11 abaixo.

## 7. RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 7.1.** Na hipótese de contratação da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária pelo prazo de pagamento de 10 (dez) ou 15 (quinze) anos, o presente seguro poderá ser renovado para novo seguro temporário com o mesmo prazo de pagamento, desde que a nova vigência não ultrapasse o limite máximo de idade de 85 (oitenta e cinco) anos do Segurado.
- 7.2.** A primeira renovação é automática e sem, necessariamente, a realização de nova análise de risco. É facultado ao Segurado ou à Seguradora optar pela não renovação deste seguro, desde que manifeste tal intenção com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término de vigência.
- 7.3.** As Coberturas Adicionais Funeral Ampliado, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada, Doenças Graves Modular, Diária de Internação Hospitalar Plus, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos poderão ser renovadas automaticamente, 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.



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

**7.5.** No momento da renovação, os prêmios do seguro terão reajuste em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

## **8. CARÊNCIAS**

**8.1.** Não haverá prazo de carência para a Cobertura Básica, tampouco para as Coberturas Adicionais de Funeral Individual, Funeral Familiar, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada e Jazigo.

**8.2.** Para as Coberturas Adicionais de Doenças Graves, Doenças Graves Ampliada e Doenças Graves Modular, haverá período de carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

**8.2.1.** Na Cobertura Adicional de Doenças Graves Ampliada, especificamente para a doença “Esclerose Múltipla”, haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

**8.3.** Para a Cobertura Adicional de Funeral Ampliado, haverá período de carência de 120 (cento e vinte) dias exclusivamente para eventos relacionados ao funeral de pais e sogros do Segurado, contados a partir do início de vigência da Cobertura.

**8.4.** Para a Cobertura Adicional de Proteção Cirúrgica, haverá período de Carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de Vigência da Cobertura.

**8.5.** Para a Cobertura de Diária de Internação Hospitalar Plus, os prazos de Carência serão aplicados de acordo com o evento que motivou a internação hospitalar, observadas as seguintes regras:

- a)** 60 (sessenta) dias para internações hospitalares decorrentes de doença;
- b)** 120 (cento e vinte) dias para internações hospitalares decorrentes de parto ou intercorrência gestacional, ainda que não haja a realização do parto.

**8.5.1.** Para fins de aplicação da Carência, será considerado o motivo principal da internação hospitalar, conforme documentação médica apresentada na regulação do Sinistro.

**8.5.2.** A condição de gestante, isoladamente, não altera o prazo de Carência aplicável. Assim, caso a internação hospitalar da Segurada gestante decorra de doença ou de Acidente Pessoal coberto, sem relação direta com parto ou intercorrência gestacional, será observado o prazo de Carência correspondente ao evento efetivamente responsável pela internação.

**8.6.** Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma do art. 120 da Lei nº 15.040/2024, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da Apólice, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência do seguro.

## 9. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

**9.1.** O Prêmio do presente seguro será correspondente à somatória dos valores dos Prêmios de cada uma das Coberturas, Básica e Adicionais, contratadas.

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

**9.1.2.** O Segurado poderá optar pelos seguintes períodos de pagamento de prêmio, sempre respeitados os limites de idade e de vigência previstos na Cláusula 6.6:

- a) por 5 anos;
- b) por 10 anos;
- c) por 15 anos;
- d) por 20 anos;
- e) por 30 anos;

**9.2.** 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.

**9.3.** 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.

**9.4.** 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.

**9.5.** 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.

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

**9.6.** 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, salvo nos casos de Cancelamento da Apólice.

**9.7.** Os prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios legais 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.

**9.8.** Caso não seja efetuado o pagamento ou o repasse da primeira parcela ou parcela única do Prêmio, a contratação do seguro não será efetivada, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, e a OMINT não estará obrigada a garantir o risco coberto.

## 10. PERÍODO DE TOLERÂNCIA

**10.1.** Para efeito deste seguro, será adotado o Período de Tolerância de 60 (sessenta) dias, em atendimento aos artigos 20, § 1º, e 21 da Lei nº 15.040/2024, período durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro. Verificada a falta de pagamento de qualquer parcela do Prêmio, a OMINT comunicará o Segurado, por meio de notificação advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso, nos termos dos artigos 20, §2º, e 21 da Lei nº 15.040/2024.

**10.2.** 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 legais 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.



**10.3.** 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 legais e atualização monetária pelo IPCA/IBGE ou, na falta deste, o INPC/IBGE.

**10.4.** A Reserva técnica continuará sendo constituída normalmente durante o Período de Tolerância.

**10.5.** Transcorrido o Período de Tolerância, caso não haja quitação dos Prêmios em aberto:

- a) 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 Plus, Proteção Cirúrgica e Quebra de Ossos 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, conforme art. 21, §1º, da Lei nº 15.040/2024; e
- b) as Coberturas Morte – Cobertura Temporária, Funeral Individual, Funeral Familiar, Funeral Ampliado e Jazigo serão modificadas automaticamente para Seguro com Valor Saldado, conforme previsto na Cláusula 11 (Modificação para Seguro com Valor Saldado) abaixo.

## **11. MODIFICAÇÃO PARA SEGURO COM VALOR SALDADO**

**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 Cobertura Básica Morte – Cobertura Temporária e para as Coberturas Adicionais Funeral Individual, Funeral Familiar e Jazigo, caso contratadas, interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer e mantendo-se o direito à percepção de tais Coberturas 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.

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

**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 Contratuais.



**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. CAPITAL SEGURADO**

**12.1.** 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.

**12.2.** 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.

**12.3.** 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.

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

**12.3.2.** 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.

**12.3.3.** 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.

**12.3.4.** 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.



### 13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

**13.1.** 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 13.3 destas Condições Gerais, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao da última atualização anual.

**13.2.** Quando houver pagamento de prêmio em periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item 13.3 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.

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

**13.3.1.** 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.

**13.4.** As Coberturas previstas no presente seguro possuem Prêmios nivelados, estabelecidos por Cobertura e aplicáveis durante o respectivo período de Vigência de cada Cobertura, sem previsão de reajustes por reenquadramento etário.

### 14. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

**14.1.** O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência/conhecimento de sinistro, comunicar imediatamente a Seguradora, por meio do Aviso de Sinistro, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

**14.1.1.** O Aviso de Sinistro poderá ser apresentado através de Carta Registrada enviada ao endereço Rua Franz Schubert, 33 – Jardim Paulistano – São Paulo – SP - CEP: 01454-020 ou por meio do Canal de atendimento através do e-mail atendimento@omint.com.br disponibilizado pela OMINT Seguros.

**14.1.2.** A comunicação feita por qualquer dos meios acima não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro à OMINT Seguros uma vez que se trata de um dos documentos básicos previstos para a regulação e liquidação de sinistros.



**14.2.** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação do sinistro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro), além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

**14.2.1.** Se, no aviso de sinistro, o Segurado, Beneficiário ou seu representante legal não apresentar as documentações básicas, o prazo não começará a contar. A Seguradora poderá solicitar o envio dessas documentações, sem que isso seja considerado como solicitações complementares.

**14.3.** Em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos, além daqueles estabelecidos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 14.3 desta cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

**14.4.** Concluída a Regulação, a Seguradora emitirá posicionamento de cobertura ao Segurado ou Beneficiário(s).

**14.4.1.** Caso não haja direito à cobertura securitária, a Seguradora emitirá recusa expressa e motivada ao Segurado ou Beneficiário(s).

**14.4.2.** Confirmada a incidência de cobertura securitária, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou Capital Segurado, desde que recebida toda a documentação básica necessária para liquidação do sinistro.**14.5.** Para a fase de liquidação do sinistro, em caso de dúvida fundada e justificável, a OMINT Seguros poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 14.5.2 desta cláusula será suspenso no máximo uma vez, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente ao recebimento pela OMINT Seguros dos documentos e informações complementares.

**14.5.1.** Não respeitado o prazo previsto no item 14.3 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, juros moratórios legais e atualização monetária, de uma só vez, aplicados a partir da data em que a indenização ou Capital Segurado deveriam ter sido pagos.



**14.6.** As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 13.3 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

**14.6.1.** 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.

**14.7.** 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.

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

**14.9.** 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.

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

**14.11.** Qualquer pretensão do Segurado ou Beneficiário com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

## **15.RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

**15.1.** Para regulação e 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:

### **15.1.1. 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 17.2 da Cláusula 17 (Designação e Alteração de Beneficiários).

**15.1.2. Documentos do Segurado:**

- a) carteira de identidade (RG);
- b) CPF;
- c) comprovante de residência (data recente).

**15.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s) maior(es) de 18 anos:**

- 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).

**15.1.4. Documentos do(s) Beneficiário(s) menor(es) de 18 anos:**

- 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.

**15.2.** Nos termos das cláusulas 14.3 e 14.5, a OMINT Seguros poderá solicitar documentos complementares, além daqueles já descritos nas Condições Contratuais, tanto para fins de regulação do sinistro quanto, se for o caso, para a conclusão da sua liquidação.

**15.3.** 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.

## 16. JUNTA MÉDICA

**16.1.** 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.

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

**16.2.** 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.

## 17. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

**17.1.** 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.



**17.2.** Não sendo instituído Beneficiário pelo Segurado, ou se não prevalecer a indicação feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado, conforme disposto no Art. 115 da Lei nº 15.040/2024.

**17.3.** 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 (Art. 115, § 2º, da Lei nº 15.040/2024).

**17.4.** 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.

**17.5.** 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.

**17.6.** Se a OMINT Seguros não for cientificada até o período estabelecido no item 17.5 desta cláusula, quanto à substituição de Beneficiário(s), desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

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

**17.8.** Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s), a indicação do Beneficiário será considerada ineficaz, conforme disposto no Art. 115, §1º da Lei nº 15.040/2024, e o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do Segurado, observando-se a regra geral prevista no caput do mesmo artigo.

## 18. CANCELAMENTO DO SEGURO

**18.1.** Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará rescindido, sem que caiba indenização a qualquer parte nas seguintes situações:

- a) por falta de pagamento de parcela do Prêmio, após o prazo disposto no item 10.1 destas Condições Gerais e esgotados os prazos de notificação previstos nos arts. 20 e 21 da Lei nº 15.040/2024;
- b) automaticamente, com a morte do Segurado durante a vigência do Seguro;
- c) mediante solicitação do Segurado à Omint Seguros, hipótese em que não haverá qualquer devolução de valores

- d) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais;
- e) 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.

**18.2.** 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.

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

**18.4.** 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.

**18.5.** No caso de resilição 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, ressalvadas, na mesma proporção, as despesas realizadas com a contratação.

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

## 19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

**19.1.** 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, de forma dolosa, circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do Prêmio, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido e ao ressarcimento das despesas efetuadas pela Seguradora, conforme disposto no Art. 44, §1º da Lei nº 15.040/2024. Se o descumprimento do dever de informar for culposos, aplicar-se-ão as disposições do item 19.2.

**19.2.** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de descumprimento doloso do Segurado ou Responsável pelo Pagamento, mas sim culposos, a OMINT Seguros poderá:



**a) na hipótese de não ocorrência do sinistro:**

- cancelar o seguro, retendo, se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ficando o Segurado obrigado ao pagamento das despesas efetuadas pela Seguradora; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou reduzindo proporcionalmente a cobertura contratada, na ausência do pagamento da diferença do Prêmio.

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

- 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 reduzindo a cobertura contratada para riscos futuros proporcionalmente.

**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.**

**19.3.** 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.

**19.4.** O Segurado, o Beneficiário ou Responsável pelo Pagamento deverá comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco originalmente contratado. Após o recebimento da comunicação, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, avaliar o impacto do agravamento e, se necessário, realizar o ajuste contratual, incluindo a cobrança da diferença de Prêmio correspondente ao novo nível de risco.



**19.5.** Na hipótese de recusa, por parte do Segurado, do pagamento da diferença de prêmio decorrente do agravamento do risco, o contrato será resolvido no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

**19.6.** 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.

## 20. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

**20.1.** 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 19 (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, 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
- b) 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice, 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.

## 21. MUDANÇA DE SEGURO

**21.1.** A partir do 25º (vigésimo quinto) mês da emissão da Apólice, desde que o seguro esteja em vigor e com os prêmios pagos em dia, o Segurado poderá solicitar a mudança de sua Apólice de Seguro de Vida Temporário para uma Apólice de Seguro de Vida com cobertura Vitalícia, oferecido e comercializado pela Seguradora à época dessa mudança, respeitando os valores mínimos estabelecidos de Capital Segurado e Prêmio.

**21.2.** Essa mudança não poderá ser processada enquanto houver um aviso de sinistro em análise, regulação ou liquidação relacionado ao Segurado. Concluído o processo de regulação do sinistro, o Segurado poderá solicitar a mudança da sua apólice vigente e com os prêmios pagos em dia, observados os demais critérios estabelecidos pela Seguradora.



**21.3.** O formulário de solicitação da mudança de Seguro deverá ser preenchido, assinado pelo Segurado e protocolado na Seguradora. Recebido o requerimento, a Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para se manifestar sobre a aceitação da mudança para outro seguro, cujo capital Segurado não poderá exceder o Capital Segurado deste seguro, vigente na época da mudança.

**21.4.** Para esta Mudança de Seguro, o Segurado fica dispensado de apresentar nova Declaração de Saúde e de realizar novos exames, desde que a solicitação ocorra até a metade do período de vigência da Morte – Cobertura Temporária originalmente contratada.

**21.5.** A mudança de seguro só poderá ser feita antes de o Segurado completar 60 (sessenta) anos de idade.

**21.6.** A Cobertura de Morte - Cobertura Vitalícia decorrente da Mudança de Seguro será calculada com base na idade do Segurado na data da solicitação da mudança, observados os valores mínimos de Capital Segurado e Prêmio estabelecidos pela Seguradora.

**21.7.** O novo seguro terá início de vigência na data em que a Seguradora aceitar a mudança. Entretanto, o período de não contestação não terá novo início, mantendo-se o mesmo da apólice original, ou seja, não será contado novo Período de Não Contestação.

**21.8.** As Coberturas Adicionais inicialmente contratadas permanecerão na apólice original se a mudança não for de 100% (cem por cento) do Capital Segurado, respeitando os limites mínimos de Capitais Segurados para manter as demais coberturas e a apólice original ativa.

**21.9.** Caso a Mudança de Seguro utilize 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Morte – Cobertura Temporária, as Coberturas Adicionais serão canceladas.

## 22. 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, 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, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do Segurado; 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, incluindo as constantes na Proposta de Contratação, nas Condições Contratuais, 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 Contratuais.

**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, 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 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 Temporária, correspondente 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 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.

**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.

**Reserva técnica:** característica dos seguros de pessoas com coberturas de risco no regime financeiro de capitalização atuarial que considera probabilidades, variáveis biométricas (mortalidade, morbidade, invalidez e outras) e taxa de juros para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados.

**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 Contratuais 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 Valor Saldado:** interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se o direito à percepção da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária e das Coberturas Adicionais Funeral Individual, Funeral Familiar, Funeral Ampliado e Jazigo, 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.

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

## 23. 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 aufera 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.

**Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Conselho Nacional de Cardiopatia 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 crônica).

**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.

## 24. DISPOSIÇÕES GERAIS

**24.1.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados.

**24.2.** 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](http://www.susep.gov.br).

**24.3.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros e da sociedade Seguradora no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br),

por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**24.4.** A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco.

## 25. FORO CONTRATUAL

**25.1.** 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  
TEMPORÁRIA

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURA BÁSICA DE MORTE - COBERTURA TEMPORÁRIA

**A Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária engloba, além da do Risco de morte do Segurado, a Garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado para Morte em caso de Doença Terminal, de acordo com as condições e limites dispostos a seguir.**

#### 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.** 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 – 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 de Morte – Cobertura Temporária, deduzida a importância já paga por invalidez.

**1.4.** Essa cobertura possui a Garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado para Morte em caso de doença terminal.

#### 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 17 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

#### 5. VIGÊNCIA

**5.1.** A presente Cobertura vigorará pelo prazo determinado de 10 (dez), 15 (quinze), 20 (vinte) ou 30 (trinta) anos. Para os prazos de 10 (dez), 15 (quinze), a primeira Renovação poderá ocorrer de forma automática por igual prazo inicialmente contratado, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

**5.1.1.** A Vigência será definida considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente, no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 85 (oitenta e cinco) anos.

#### 6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**6.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

**6.2.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado:

- 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.



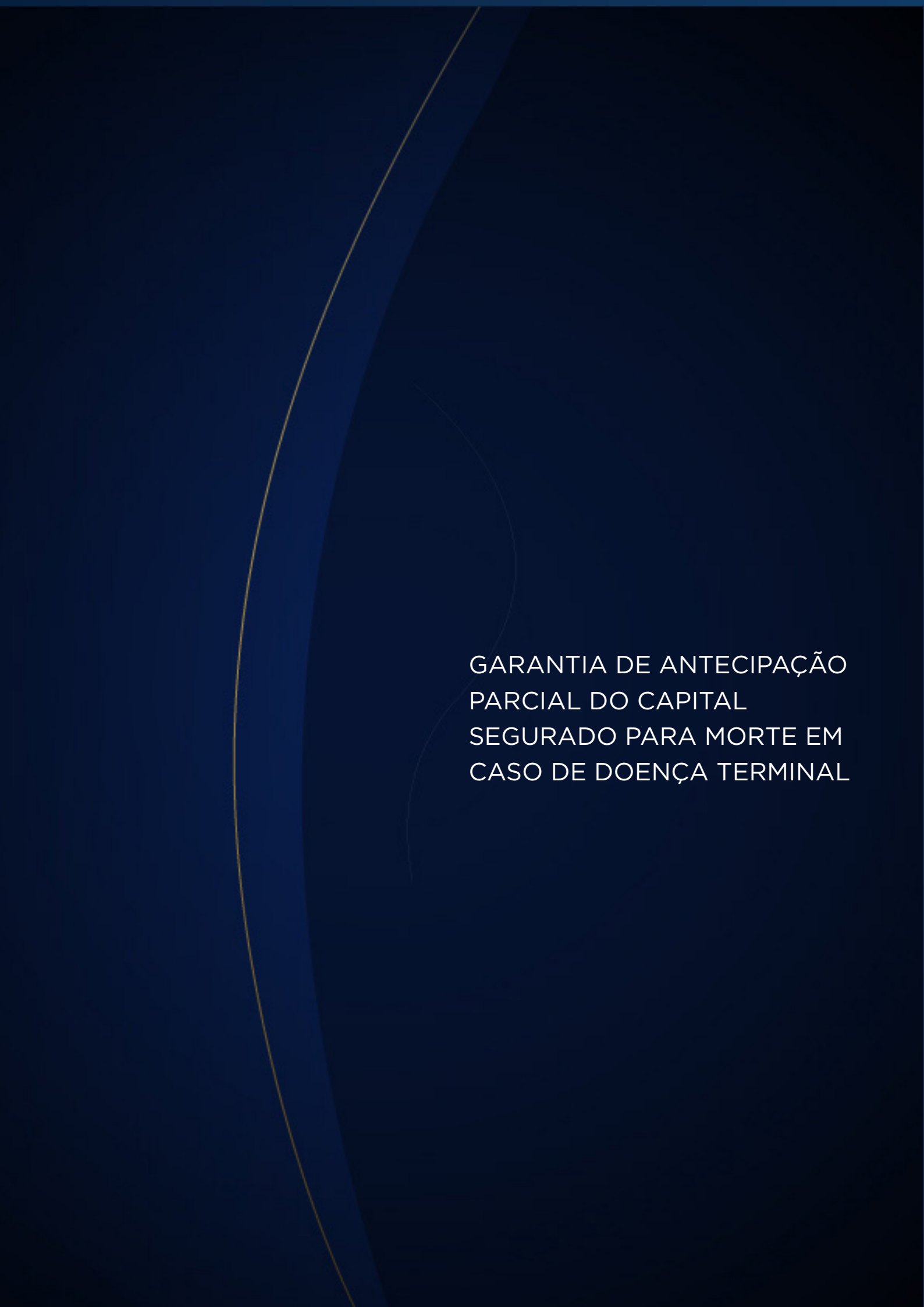
**6.3.** Em caso de ocorrência de morte por acidente, além dos documentos citados no item 6.2 acima, também serão necessários os seguintes documentos:

- 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)** automaticamente, com a morte do Segurado durante a Vigência do seguro;
- b)** com o fim do período de Vigência da apólice.



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

## **GARANTIA DE ANTECIPAÇÃO PARCIAL DO CAPITAL SEGURO 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 – Cobertura Temporária, 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.

**1.1.4.** 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) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e
- b) 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. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e
- b) 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.

#### 6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

**6.2.** Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- 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.



## 7. CANCELAMENTO DA GARANTIA

**7.1.** Esta Garantia será cancelada nas seguintes hipóteses:

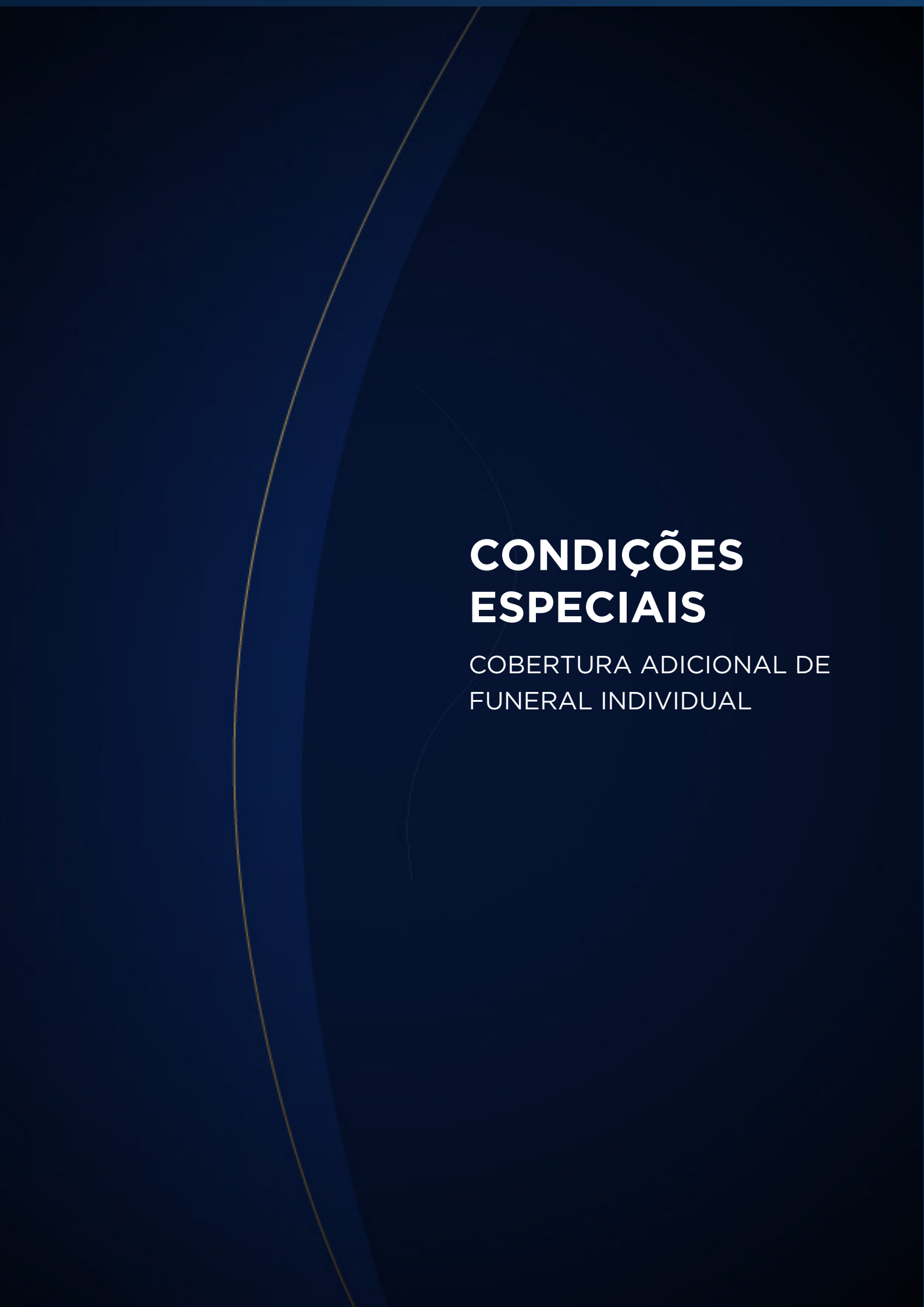
- a) caso haja cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária;
- b) caso haja a antecipação parcial do Capital Segurado da Cobertura de Morte;
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado.

## 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

**8.1.** Todas as disposições acima quanto à Garantia de Antecipação Parcial do Capital Segurado para Morte em caso de Doença Terminal são parte integrante das Condições Especiais da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária

**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  
FUNERAL INDIVIDUAL

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURA ADICIONAL 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:
- 5.2.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado:
- 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:
- 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 – Cobertura Temporária

## 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  
FUNERAL FAMILIAR

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURA ADICIONAL 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.
- 3.3.** Em caso de acionamento da presente Cobertura devido ao funeral dos familiares do Segurado, o Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado de forma automática para seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses contados a partir do seu início de Vigência.



#### 4. 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Na hipótese de solicitação de reembolso, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:
- 5.2.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado/familiar:
- 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:
- 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;
- a)
- h) comprovantes originais das despesas com Funeral.

#### **5.4. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

**5.4.1.** Além dos documentos indicados nos itens anteriores, a OMINT Seguros poderá solicitar, conforme o caso, a documentação complementar abaixo, necessária para validação da identidade, do vínculo familiar e das informações relacionadas ao Sinistro.

##### **5.4.2. DOCUMENTOS MÍNIMOS DO SEGURADO:**

- a) cópia do RG e CPF ou CNH, com o número de ambos os documentos, que permita a identificação do Segurado;
- b) formulário de aviso de Sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o Sinistro, com a validação das informações prestadas;
- c) comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;
- d) documento comprobatório do vínculo familiar, quando o Sinistro envolver cônjuge ou filhos, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada;
- e) autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Seguradora a verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatorios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo Segurado.



**5.4.3. EM CASO DE A PESSOA SINISTRADA SER O CÔNJUGE OU FILHO DO SEGURADO:**

- a) cópia do RG e CPF ou CNH, com o número de ambos os documentos, que permita a identificação do sinistrado;
- b) documento comprobatório do vínculo familiar, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada.

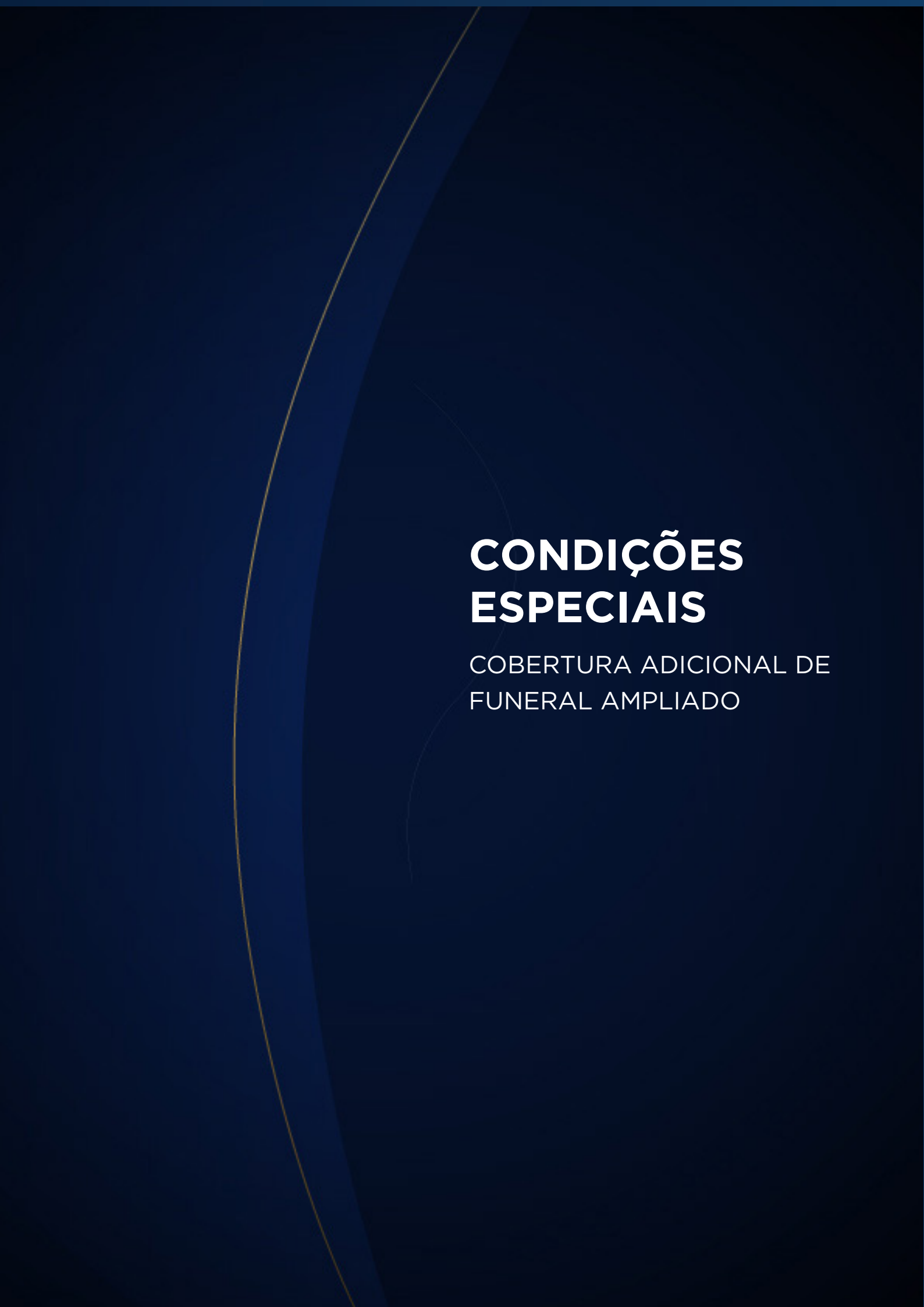
**6. CANCELAMENTO DA COBERTURA**

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

**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  
FUNERAL AMPLIADO

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURA ADICIONAL DE FUNERAL AMPLIADO

#### 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:

- a) cônjuge e/ou companheiro
- b) filhos e enteados ambos de até 21 anos
- c) os pais e os sogros, não sendo exigida comprovação de dependência financeira.

**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.

**1.5.** A contratação desta Cobertura somente poderá ser realizada por Segurado com até 55 (cinquenta e cinco) anos de idade.

#### 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.
- 3.3.** Em caso de acionamento da presente Cobertura devido ao funeral dos familiares do Segurado, o Capital Segurado desta Cobertura será reintegrado de forma automática para seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses contados a partir do seu início de Vigência.

### 4. 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. REGULAÇÃO E 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 Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos específicos previstos nesta Cláusula:
- 5.2.** Para fins de regulação e liquidação de sinistro da presente Cobertura, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a)** certidão de óbito do Segurado ou do familiar;
  - b)** comprovantes originais das despesas com o funeral;
  - c)** documento que comprove o vínculo do familiar falecido com o Segurado, conforme aplicável:
    - i.** para cônjuge: certidão de casamento;
    - ii.** para companheiro(a): declaração de união estável ou demais documentos que comprovem a união;



- iii. para filhos: certidão de nascimento;
- iv. para enteados: certidão de nascimento do enteado e documento que comprove o vínculo do Segurado com o pai ou a mãe do enteado;
- v. para pais: certidão de nascimento do Segurado;
- vi. para sogros: certidão de casamento ou documento que comprove a união estável do Segurado com o cônjuge ou companheiro(a), bem como certidão de nascimento do cônjuge ou companheiro(a), que comprove a filiação com o sogro ou a sogra.

**5.3.** Em caso de morte natural, além dos documentos indicados no item 6.2 acima, deverão ser apresentados:

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

**5.4.** Em caso de morte por acidente, além dos documentos indicados no item 6.2 acima, deverão ser apresentados:

- 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 ou pelo 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.

## **5.5. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

**5.5.1.** Além dos documentos indicados nos itens anteriores, a OMINT Seguros poderá solicitar, conforme o caso, a documentação complementar abaixo, necessária para validação da identidade, do vínculo familiar e das informações relacionadas ao Sinistro.

### **5.5.2. DOCUMENTOS MÍNIMOS DO SEGURADO**

- a) cópia do RG e CPF ou CNH, com o número de ambos os documentos, que permita a identificação do Segurado;
- b) formulário de aviso de Sinistro devidamente assinado pela pessoa que comunicou o Sinistro, com a validação das informações prestadas;
- c) comprovante de endereço nominal ao Segurado/sinistrado, que permita verificar seu domicílio;
- d) documento comprobatório do vínculo familiar, quando o Sinistro envolver cônjuge, filhos, pais ou sogros, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada;
- e) autorização assinada pelo Segurado com firma reconhecida por semelhança ou assinatura digital gov.br, habilitando a Seguradora a verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatorios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo Segurado.

### **5.5.3. EM CASO DE A PESSOA SINISTRADA SER O CÔNJUGE OU FILHO DO SEGURADO**

- a) cópia do RG e CPF ou CNH, com o número de ambos os documentos, que permita a identificação do sinistrado;
- b) documento comprobatório do vínculo familiar, como certidão de casamento com anotação de óbito, certidão de nascimento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada.



**5.5.4. EM CASO DE A PESSOA SINISTRADA SER PAI OU MÃE DO SEGURADO TITULAR**

- a) cópia do RG e CPF ou CNH, com o número de ambos os documentos, que permita a identificação do sinistrado;
- b) certidão de nascimento do Segurado titular que comprove o vínculo familiar com o sinistrado.

**5.5.5. EM CASO DE A PESSOA SINISTRADA SER SOGRO OU SOGRA DO SEGURADO TITULAR**

- c) cópia do RG e CPF ou CNH, com o número de ambos os documentos, que permita a identificação do sinistrado;
- d) documento comprobatório do vínculo familiar do Segurado titular com o cônjuge, como certidão de casamento ou outro documento oficial que confirme a relação declarada;
- e) certidão de nascimento do cônjuge que comprove o vínculo familiar com o sinistrado.

**6. CANCELAMENTO DA COBERTURA**

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

**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 ACIDENTAL

## 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 22 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 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;
- 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 17 (Designação e Alteração de Beneficiários) das Condições Gerais.

### 5. VIGÊNCIA

**5.1.** A presente Cobertura vigorará até os 85 (oitenta e cinco) anos de idade do Segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.8 das Condições Gerais.

### 6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**6.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- 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 – Cobertura Temporária;
- b) quando o Segurado completar 85 (oitenta e cinco) anos de idade; ou
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou
- d) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional

## 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

## 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 22 (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 – Cobertura Temporária, tampouco com a Cobertura Adicional 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 – Cobertura Temporária pela Cobertura Adicional 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 conta do 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 (%) |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>                                             |                            |
| 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                        |
| <b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)</b>                                |                            |
| 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                         |
| <b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES</b>                     |                            |
| Perda total do 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                             |          |
| <b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES</b>                                                                                             |          |
| 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                                                                                                      |          |
| <b>DIVERSAS</b>                                                                                                                                       | <b>%</b> |
| <b>MANDÍBULA</b>                                                                                                                                      |          |
| <b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos</b>                                                                                             |          |
| Em grau mínimo                                                                                                                                        | 10       |
| Em grau médio                                                                                                                                         | 20       |
| Em grau máximo                                                                                                                                        | 30       |
| <b>NARIZ</b>                                                                                                                                          |          |
| Perda total do nariz                                                                                                                                  | 25       |
| Perda total do olfato                                                                                                                                 | 7        |
| Perda do olfato com alterações gustativas                                                                                                             | 10       |
| <b>APARELHO VISUAL</b>                                                                                                                                |          |
| <b>Lesões das vias lacrimais</b>                                                                                                                      |          |
| Unilateral                                                                                                                                            | 7        |
| Unilateral com fístulas                                                                                                                               | 15       |

|                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bilateral                                                                                                                                                                                                                                                  | 14 |
| Bilateral com fístulas                                                                                                                                                                                                                                     | 25 |
| <b>Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris</b>                                                                                                                                                                                                  |    |
| Ectrópio unilateral                                                                                                                                                                                                                                        | 3  |
| Ectrópio bilateral                                                                                                                                                                                                                                         | 6  |
| Entrópio unilateral                                                                                                                                                                                                                                        | 7  |
| Entrópio bilateral                                                                                                                                                                                                                                         | 14 |
| Má oclusão palpebral unilateral                                                                                                                                                                                                                            | 3  |
| Má oclusão palpebral bilateral                                                                                                                                                                                                                             | 6  |
| Ptose palpebral unilateral                                                                                                                                                                                                                                 | 5  |
| Ptose palpebral bilateral                                                                                                                                                                                                                                  | 10 |
| <b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                 |    |
| Perda de substância (palato mole e duro)                                                                                                                                                                                                                   | 15 |
| Amputação total da língua                                                                                                                                                                                                                                  | 50 |
| Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)                                                                                                                                                                                                               | 15 |
| Parcial - mais de 50% (cinquenta por cento)                                                                                                                                                                                                                | 30 |
| <b>SISTEMA AUDITIVO</b>                                                                                                                                                                                                                                    |    |
| Perda total de uma orelha                                                                                                                                                                                                                                  | 8  |
| Perda total das duas orelhas                                                                                                                                                                                                                               | 16 |
| <b>ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)</b>                                                                                                                                                                                                                           |    |
| 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. |    |
| <b>PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS</b>                                                                                                                                                                                                |    |
| 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 |
| <b>APARELHO URINÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                                                   |    |
| 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 |
| <b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 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 |
| <b>PAREDE ABDOMINAL</b>                                                           |    |
| Hérnia traumática                                                                 | 10 |
| No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)                  | 0  |
| <b>SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS</b>                                                    |    |
| Síndrome pós-concussional                                                         | 10 |
| Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)                                    | 2  |
| <b>PESCOÇO</b>                                                                    |    |
| Estenose da faringe com obstáculo à 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 |
| <b>TÓRAX</b>                                                                      |    |
| <b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>                                                      |    |
| Sequelas pós-traumáticas pleurais                                                 | 10 |
| <b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):</b> |    |
| Função respiratória preservada                                                    | 15 |
| Redução em grau mínimo da função respiratória                                     | 25 |
| Redução em grau médio da função respiratória                                      | 50 |
| Insuficiência respiratória                                                        | 75 |
| <b>MAMAS</b>                                                                      |    |
| Mastectomia unilateral                                                            | 10 |
| Mastectomia bilateral                                                             | 20 |
| <b>ABDOME (ÓRGÃOS EVÍSCERAS)</b>                                                  |    |
| Gastrectomia parcial                                                              | 10 |
| Gastrectomia subtotal                                                             | 20 |
| Gastrectomia total                                                                | 40 |
| <b>INTESTINO DELGADO</b>                                                          |    |
| 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 |
| <b>INTESTINO GROSSO</b>                                                           |    |
| Colectomia parcial sem transtorno funcional                                       | 5  |
| Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo                        | 10 |
| Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio                         | 35 |
| Colectomia total                                                                  | 60 |

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Colostomia definitiva                       | 50 |
| <b>RETO E ÂNUS</b>                          |    |
| Incontinência fecal sem prolapso            | 30 |
| Incontinência fecal com prolapso            | 50 |
| Lobectomia hepática sem alteração funcional | 10 |
| Extirpação da vesícula biliar               | 7  |

## 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 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;
- 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 presente Cobertura vigorará até os 85 (oitenta e cinco) anos de idade do Segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.8 das Condições Gerais.

#### 5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**5.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados:

- 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 – Cobertura Temporária;
- b) quando o Segurado completar 85 (oitenta e cinco) anos de idade;
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou



- d) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional;  
ou
- e) 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

## 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% (cem por cento) 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 22 (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 – Cobertura Temporária, tampouco com a Cobertura Adicional de 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 – Cobertura Temporária e pela Cobertura Adicional de Morte Acidental, caso contratadas conjuntamente, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada, conforme item 2.12 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 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;
- 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 presente Cobertura vigorará até os 85 (oitenta e cinco) anos de idade do Segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.8 das Condições Gerais.

## 5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**5.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados:

- 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 DA COBERTURA

**6.1.** Esta Cobertura será cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) caso haja o cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária;
- b) quando o Segurado completar 85 (oitenta e cinco) anos de idade;
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; 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; ou
- e) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.

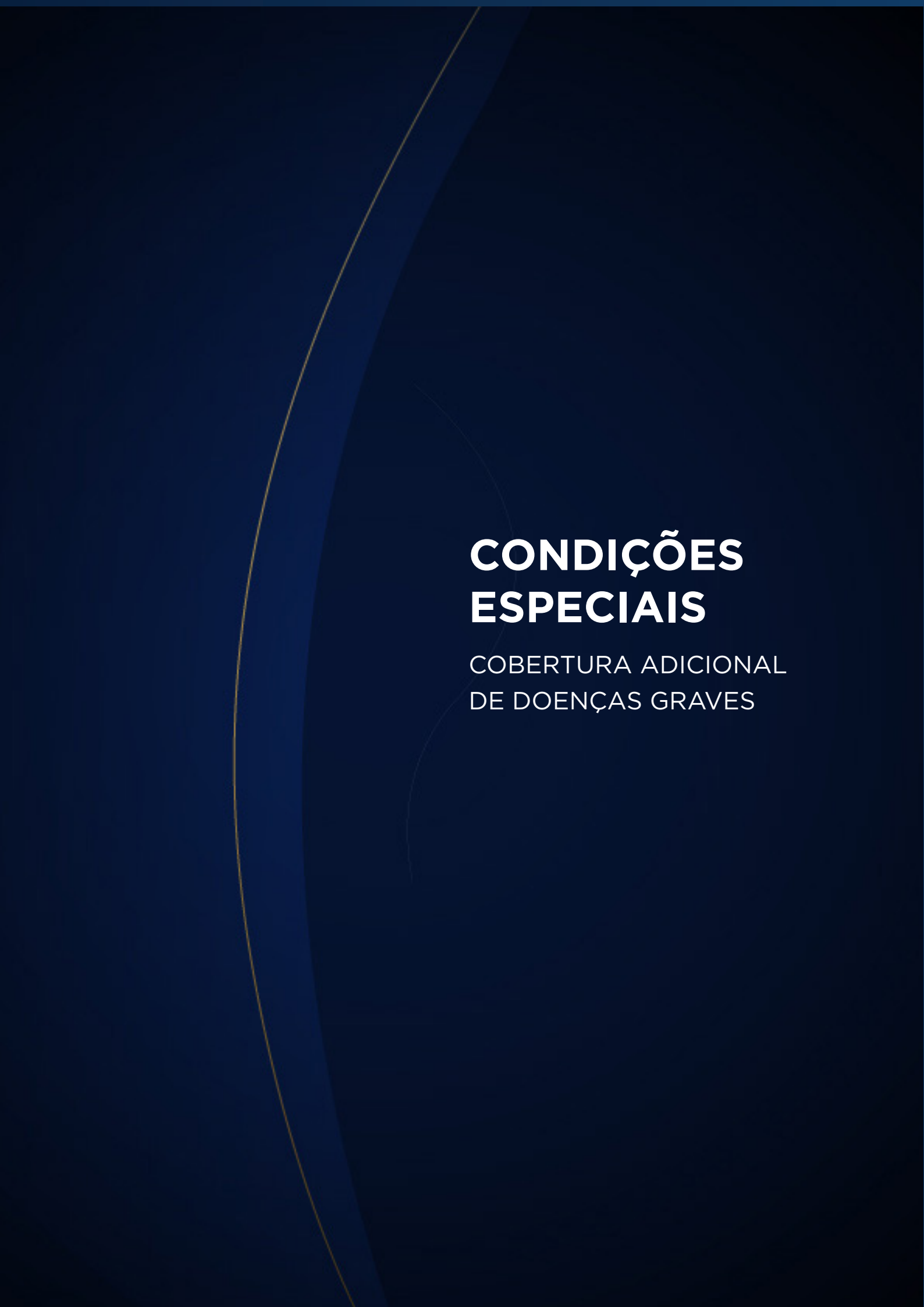


## 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

**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

## 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 22 (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 75 (setenta e cinco) anos, com idade de saída aos 80 (oitenta) 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.

**3.1.2.** 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 90 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)

**3.2.1.** 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.

**3.2.2.** 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**

**3.3.1. 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.

**3.3.2. 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**

**3.4.1. 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.**

**3.4.2. São riscos excluídos dessa doença:**

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

### **3.5. Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

**3.5.1. 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.

**3.5.2. 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).**

**3.5.3. 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**

**3.6.1. 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**

**3.7.1. 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.**

**3.7.2. 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) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- b) 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;

- c) 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 SEGUADO

**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 considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente, no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 80 (oitenta) 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 7.2 das Condições Gerais.

## 7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**7.1.** Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

- 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 – Cobertura Temporária; ou
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou
- d) quando o Segurado atingir 80 (oitenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice; ou
- e) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.

**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.

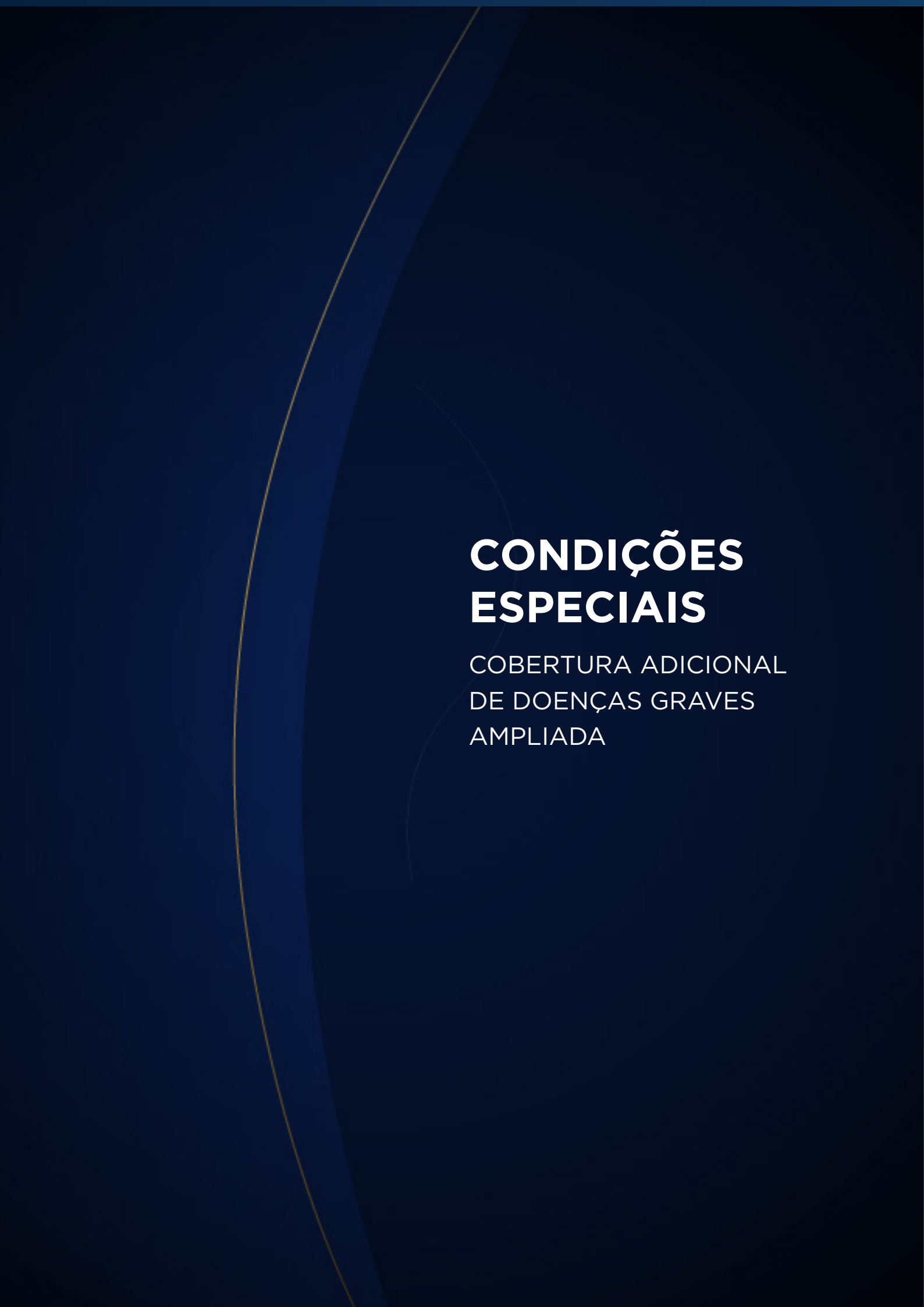
**8.3.** Não restando comprovado o Sinistro, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais Coberturas Adicionais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

## 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

## 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 22 (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 doença grave ampliada.

**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 75 (setenta e cinco) anos, com idade de saída aos 80 (oitenta) 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

**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.

**3.1.2.** 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 tireóide 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 90 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)

**3.2.1.** 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.



**3.2.2. 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****3.3.1. 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 feixe de His.

**3.3.2. 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****3.4.1. 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.

### **3.5. Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

**3.5.1. 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.

**3.5.2. 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).**

**3.5.3. 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**

**3.6.1. 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.

**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**

**3.7.1. 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.**

**3.7.2. 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**

**3.8.1. 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.

**3.8.2. 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:**

**3.9.1. 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.**

**3.9.2. 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:**

**3.10.1. 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.**

**3.10.2. 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**

**3.11.1. 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.

### **3.12. Perda da Audição ou Surdez**

**3.12.1. Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambas as orelhas, causadas por acidente ou doença.**

**3.12.2. 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 90 dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 3000 Hz.

**3.12.3. São riscos excluídos dessa doença:**

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

### **3.13. Queimaduras Graves (Grande Queimado)**

**3.13.1. 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) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- b) 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;



- c) 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 considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente, no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 80 (oitenta) 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 7.2 das Condições Gerais.

## 7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:
  - 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 – Cobertura Temporária; ou
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou
- d) quando o Segurado atingir 80 (oitenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice; ou
- e) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.

### 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

## 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 75 (setenta e cinco) anos, com idade de saída aos 80 (oitenta) anos.

**1.3.** Para fins desta Cobertura, adota-se a definição de Acidente Pessoal constante da Cláusula 22 (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.

**1º MÓDULO****1. Câncer**

**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 90 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).

**2. Anemia Aplástica**

**2.1.** 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.

### 3. Transplante de Medula Óssea

**3.1.** 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.

**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.

### 4. Tumor cerebral benigno

**4.1.** 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



## 2º MÓDULO

### 1. Cirurgia de Revascularização Miocárdica – Ponte Mamária ou Safena (bypass)

1.1. 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.

**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. Infarto Agudo do Miocárdio

2.1. 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.



### 3. Insuficiência Renal Terminal

3.1. 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.

### 4. Cirurgia das Valvas Cardíacas

4.1. 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).

### 5. Cirurgia da Aorta

5.1. Cirurgia aberta da aorta torácica ou abdominal, com ressecção de algum segmento do vaso, muitas vezes com colocação de enxerto. Inclui coartectomia para tratamento da coartação da aorta, ressecção de aneurismas ou tratamento cirúrgico da dissecção aórtica.

**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.

### 6. Transplante de coração ou rim

6.1. Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de um coração ou rim, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído.



6.2. A prescrição da cirurgia deverá ser feita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade e comprovada por exames de imagem e/ou outros indicados para essa finalidade.

**São riscos excluídos dessa doença:**

- a) colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda de um doador humano;
- b) transplantes com órgão de animais, não humanos;
- c) autotransplante
- d) transplantes de outros órgãos ou tecidos não especificados anteriormente.

## **7. Cardiomiopatia primária grave**

7.1. Significa cardiomiopatia de etiologia desconhecida, incluindo cardiomiopatia dilatada primária, cardiomiopatia hipertrófica primária e cardiomiopatia restritiva primária, resultando em comprometimento real da função ventricular e insuficiência cardíaca de pelo menos classe IV da NYHA por pelo menos 180 dias, conforme comprovado por evidências de tratamento hospitalar. O diagnóstico inequívoco deve ser feito por um especialista.

**Requisitos para pagamento de sinistro:**

- a) Relatório de ecocardiografia, outros testes de apoio e relatórios de diagnóstico que confirme esta condição.

## **3º MÓDULO**

### **1. Transplante de fígado, pulmão, intestino delgado e pâncreas**

**1.1.** 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).

**1.2.** 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 caráter 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. Hepatite viral fulminante**

**2.1.** 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. Pancreatite Crônica**

**3.1.** 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.

#### **4. Doença Hepática Grave**

**4.1.** 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.

#### **5. Doença Pulmonar Crônica**

**5.1.** 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 (PaO<sub>2</sub>) 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.

#### **6. Queimaduras de terceiro grau**

**6.1.** 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

### 1. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**1.1.** 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).

**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. Esclerose múltipla

**2.1.** 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.

### 3. Doença de Alzheimer

**3.1.** 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. Doenças do Neurônio motor**

**4.1.** 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.

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

**5. Paralisia de membros**

**5.1.** 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.

**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.

**6. Perda da visão ou cegueira**

**6.1.** 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

**7. Perda da audição ou Surdez**

**7.1.** Perda irreversível, total ou profunda, da audição de ambas as orelhas, causadas por acidente ou doença.

**7.2.** 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 90 dB (decibéis) em ambas as orelhas, aferidos por audiograma, simultaneamente nas frequências de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 3000 Hz.

**São riscos excluídos dessa doença:**

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

**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.



## 9. Doença de Parkinson idiopática

**9.1.** 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 EXCLUÍDOS

---

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) 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.

## 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 vigência será definida considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente, no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 80 (oitenta) anos.

**7.2.** 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 7.2 das Condições Gerais.

## 8. REGULAÇÃO E 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 cópia dos seguintes documentos:

- 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 – Cobertura Temporária; o
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou
- d) quando o Segurado atingir 80 (oitenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice; ou
- e) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.



---

## 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 PLUS

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PLUS

#### 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, doença, parto ou intercorrência gestacional, 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, observados 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 22 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, doença, parto ou intercorrência gestacional, independentemente das despesas médicas incorridas pelo Segurado.

**1.5** Para fins desta Cobertura, entende-se como intercorrência gestacional a condição clínica ou obstétrica diretamente relacionada à gestação que motive a internação hospitalar da Segurada, com ou sem realização de parto, observados os Riscos Excluídos, os prazos de Carência, a Franquia e os demais critérios previstos nestas Condições Especiais.



**1.6** A condição de gestante, isoladamente, não caracteriza intercorrência gestacional, devendo ser observado o motivo principal da internação hospitalar, conforme documentação médica apresentada na regulação do Sinistro.

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

**1.8** 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.** Para esta Cobertura, os prazos de Carência serão aplicados de acordo com o evento que motivou a Internação Hospitalar, observadas as seguintes regras:

- a) 60 (sessenta) dias para Internações Hospitalares decorrentes de doença;
- b) 120 (cento e vinte) dias para Internações Hospitalares decorrentes de parto ou intercorrência gestacional, ainda que não haja a realização do parto; e
- c) não haverá prazo de Carência para Internações Hospitalares decorrentes de Acidente Pessoal coberto, observadas as Condições Gerais.

**2.2.** Para fins de aplicação da Carência, será considerado o motivo principal da Internação Hospitalar, conforme documentação médica apresentada na regulação do Sinistro.

**2.3.** A condição de gestante, isoladamente, não altera o prazo de Carência aplicável. Assim, caso a Internação Hospitalar da Segurada gestante decorra de doença ou de Acidente Pessoal coberto, sem relação direta com parto ou qualquer intercorrência gestacional, será observado o prazo de Carência correspondente ao evento efetivamente responsável pela Internação Hospitalar.

## 3. FRANQUIA

**3.1.** Esta Cobertura possui Franquia de 3 (três) dias para internações hospitalares decorrentes de doença ou de Acidente Pessoal, conforme definido na Proposta de Contratação e estabelecido na Apólice.



**3.2.** Para internações hospitalares decorrentes de parto ou intercorrência gestacional, ainda que não haja a realização do parto, será adotada Franquia específica de 5 (cinco) dias, contados a partir da respectiva internação hospitalar.

**3.3.** Para fins de aplicação da Franquia, será considerado o motivo principal da internação hospitalar, conforme documentação médica apresentada na regulação do Sinistro.

**3.4.** A condição de gestante, isoladamente, não altera a Franquia aplicável. Assim, caso a internação hospitalar da Segurada gestante decorra de doença ou de Acidente Pessoal coberto, sem relação direta com parto ou qualquer intercorrência gestacional, será observada a Franquia de 3 (três) dias.

**3.5.** Após o cumprimento da Franquia aplicável, a Indenização será devida de forma retroativa ao primeiro dia da internação hospitalar, observados os limites, critérios e demais condições previstas nesta Cobertura.

#### **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 órgão competente;
- 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)** aborto provocado, voluntário ou ilegal, bem como procedimentos eletivos relacionados à gestação, parto ou aborto sem indicação médica, ressalvadas as hipóteses de parto, intercorrência gestacional ou Acidente Pessoal cobertas nos termos desta Condição Especial;
- f)** exames ou avaliações periódicas preventivas ("check-ups");
- g)** qualquer procedimento para tratamento por senilidade, rejuvenescimento, 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 ortodôntico, 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 atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;
- l)** tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia
- m)** tratamentos que envolvam homeopatia, 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 hospitalar;
- 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);
- u)** lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do Segurado; e



- v) despesas médicas incorridas com a internação hospitalar e/ou tratamento médico do Segurado.
- w) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores.

## 5. CAPITAL SEGUADO - 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 vigência será definida considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente, no momento da contratação ou da Renovação Automática, não poderá ultrapassar 80 (oitenta) 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 renovações posteriores deverão ser feitas obrigatoriamente de forma expressa, nos termos da Cláusula 7.2 das Condições Gerais.

## 7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1.** Em caso de sinistro, cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:
- a) relatório médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença ou do evento que motivou a internação hospitalar, a data em que foi diagnosticado ou caracterizado e os aspectos relativos à patologia, ao parto ou à intercorrência gestacional, conforme aplicável;
  - 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) documentos médicos comprobatórios da gestação, parto ou intercorrência gestacional que motivou a internação hospitalar, quando aplicável;
- f) cópia da carteira de habilitação, quando se tratar de acidente, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- g) 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;
- h) cópia da comunicação de acidente do trabalho (CAT), nos casos de acidente de trabalho;
- i) cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- j) 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) cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária;
- c) se houver modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado;
- d) quando o Segurado atingir 80 (oitenta) anos de idade, esta Cobertura será automaticamente excluída da Apólice; ou
- e) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.



---

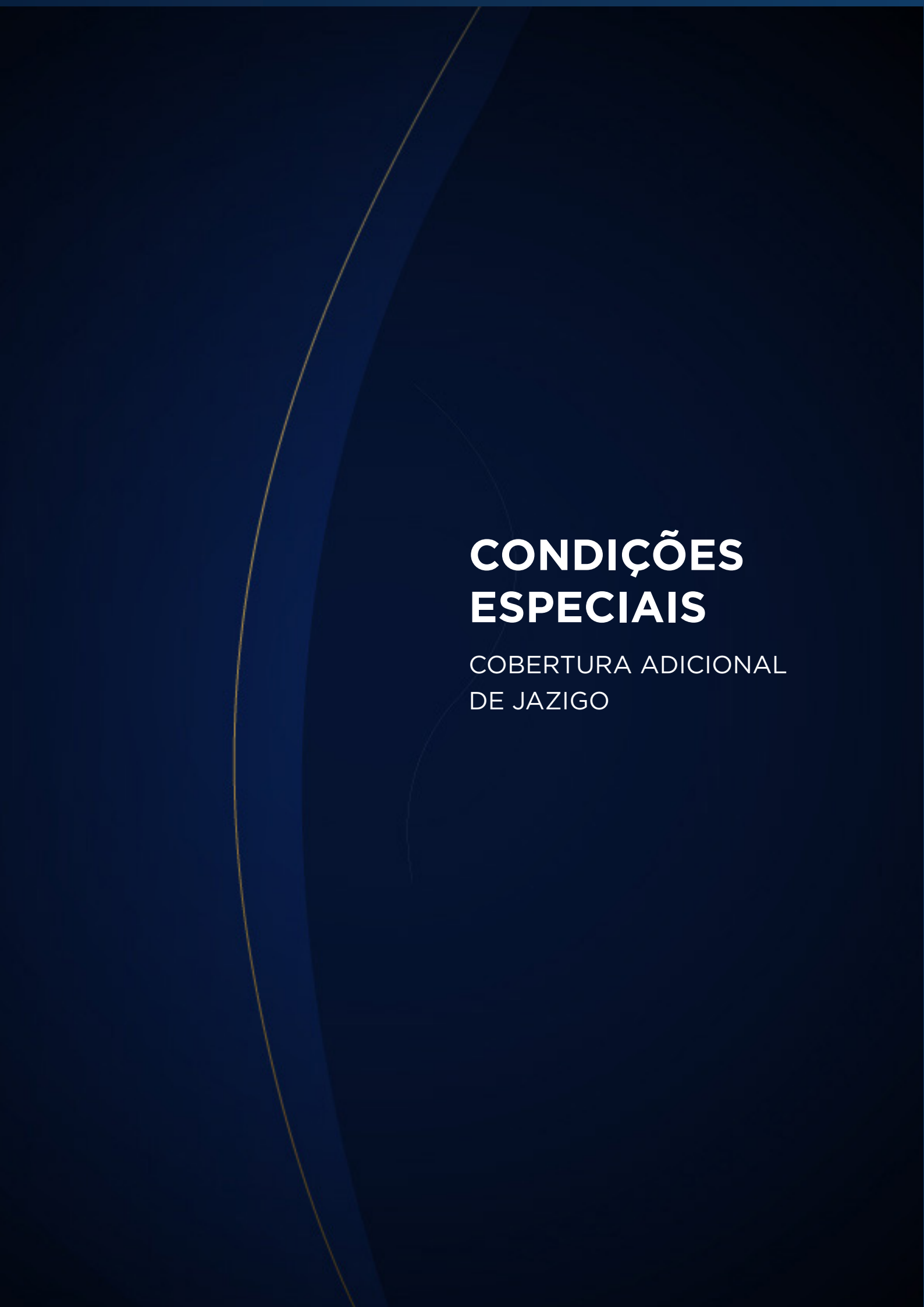
## 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

---

**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

## 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 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. VIGÊNCIA

**4.1.** A presente Cobertura vigorará até os 80 (oitenta) anos de idade do Segurado, sem possibilidade de Renovação tácita ou expressa após essa idade, nos termos da Cláusula 6.8 das Condições Gerais.



## 5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**5.1.** Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 14 (Ocorrência de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 15 (Relação de Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como:

**5.2.** Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado:

- 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) comprovantes originais das despesas com a aquisição do jazigo.

**5.3.** Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos:

- 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 – Cobertura Temporária

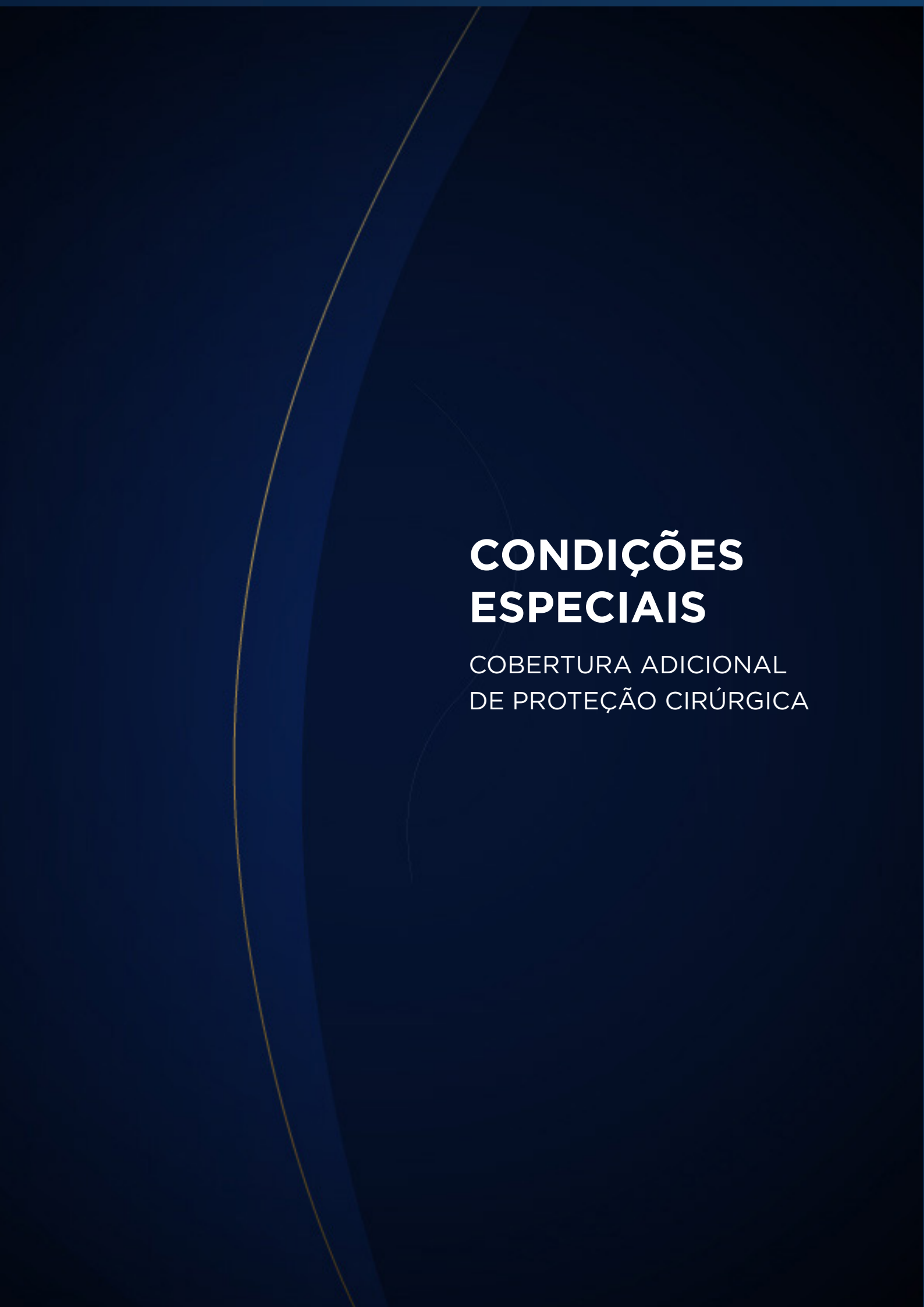
## 7. DISPOSIÇÕES GERAIS

---

**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 PROTEÇÃO CIRÚRGICA

## 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:** são aqueles realizados sem que haja regime de Internação Hospitalar.

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

**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 60 (sessenta) 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, 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 |
| 31003010                           | Amputação Completa Abdominoperineal Do Reto                   | 20%                        |
| 31302025                           | Amputação Conica De Colo De Utero 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 Procidência                             | 10%                        |
| 31003028                           | Amputação Por Procidência De Reto                             | 10%                        |
| 31005039                           | Anastomose Biliodigestiva                                     | 10%                        |
| 31005152                           | Anastomose Biliodigestiva Em Oncologia                        | 10%                        |
| 31005039                           | Anastomose Biliodigestiva Intra-Hepática                      | 50%                        |
| 30901090                           | Anastomose Cavo-Pulmonar Bidirecional                         | 100%                       |
| 30901090                           | Anastomose Cavo-PulmonarTotal                                 | 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%                        |
| 31307019                           | Anexectomia Uni / Bilateral Em Oncologia                      | 10%                        |
| 30502012                           | Angiofibroma - RessecçãoTransmaxilar E/OuTranspalatina        | 50%                        |
| 30906113                           | AngioplastiaTransluminalTransoperatória - Por Artéria         | 10%                        |
| 30701023                           | Antebraço -Transplantes Cutâneos                              | 50%                        |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                |     |
|----------|----------------------------------------------------------------|-----|
| 31003079 | Apendicectomia                                                 | 10% |
| 31003583 | Apendicectomia Videolaparoscopica                              | 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 / CervicoTorácica Posterior Quatro Níveis   | 50% |
| 30715024 | Artrodese Cervical / Cervico-Torácica Posterior Dois Níveis    | 20% |
| 30715024 | Artrodese Cervical / Cervico-Torácica Posterior Tres Níveis    | 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 Coxofemoral Em Geral -Tratamento Cirúrgico           | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                   | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 Medias / Grandes Articulações De Membro Inferior          | 10%                               |
| 30721032          | Artrodese De Pequenas Articulações                                     | 10%                               |
| 30721032          | Artrodese Entre Os Ossos Do Carpo                                      | 10%                               |
| 30715024          | Artrodese Intersomática Via Posterior / Postero- Lateral Dois Níveis   | 20%                               |
| 30715024          | Artrodese Intersomática Via Posterior / Postero- Lateral Quatro Níveis | 20%                               |
| 30715024          | Artrodese Intersomática Via Posterior / Postero- Lateral Tres Níveis   | 20%                               |
| 30715024          | Artrodese Intersomática Via Posterior / Postero- 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%                               |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                     |     |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30715024                           | Artrodese Occipto-Cervical (C5) Posterior                                           | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Anterior Dois Níveis                                    | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Anterior Um Nível                                       | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Posterior Cinco Níveis                                  | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra PosteriorTrês Níveis                                    | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Posterior Um Nível                                      | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Posterior, Dois Níveis                                  | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Posterior, Quatro Níveis                                | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Posterior, Seis Níveis                                  | 20% |
| 30715024                           | ArtrodeseToraco-Lombo-Sacra Posterior, Sete Níveis                                  | 20% |
| 30719020                           | Artroplastia Com Implante -Tratamento Cirúrgico                                     | 10% |
| 30208017                           | Artroplastia Da ArticulaçãoTêmporo- Mandibular (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% |

| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                          |                            |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Código TUSS                        | PROCEDIMENTOS                                                            | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 30721067                           | Artroplastia Do Punho (Com Implante) -Tratamento Cirúrgico               | 10%                        |
| 30717027                           | Artroplastia Escápulo Umeral Com Implante -Tratamento Cirúrgico          | 10%                        |
| 30717027                           | Artroplastia Escapulo-Umeral (Não Convencional)                          | 10%                        |
| 30717027                           | Artroplastia Escapulo-Umeral Parcial                                     | 10%                        |
| 30717027                           | Artroplastia Escapulo-UmeralTotal                                        | 10%                        |
| 30717159                           | Artroplastia Escapulo-UmeralTotal - Revisão / Reconstrução               | 10%                        |
| 30208017                           | Artroplastia Para Luxação Recidivante Da Articulação Têmporo- Mandibular | 10%                        |
| 30721075                           | Artroplastia Para Ossos Do Carpo (Com Implante) - Tratamento Cirúrgico   | 10%                        |
| 30724058                           | ArtroplastiaTotal De Conversão Do Quadril                                | 20%                        |
| 30719020                           | ArtroplastiaTotal De Cotovelo                                            | 10%                        |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                                                                        |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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 Unicompartimental Primária Do Joelho                                                                                                      | 20%  |
| 30721083 | Artrotomia - Tratamento Cirúrgico - Punho                                                                                                              | 10%  |
| 30717035 | Artrotomia Glenoumeral - Tratamento Cirúrgico                                                                                                          | 10%  |
| 30705029 | Autotransplante De Dois Retalhos Cutâneos Combinados, Isolados E Associados Entre Si, Ligados Por Um Único Pedículo Vascular                           | 50%  |
| 30705010 | Autotransplante De Dois Retalhos Musculares Combinados, Isolados E Associados Entre Si, Ligados Por Um Único Pedículo                                  | 50%  |
| 30705045 | Autotransplante De Dois Retalhos, Um Cutâneo Combinado A Retalho Osteomuscular, 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%  |
| 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%  |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                           |                            |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                             | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 30306019                           | Capsulectomia Posterior Cirúrgica                                         | 10%                        |
| 30722217                           | Capsulectomia Renal                                                       | 10%                        |
| 30722209                           | Capsulectomias Múltiplas Mf Ou If                                         | 10%                        |
| 30722217                           | Capsulectomias Única Mf E If                                              | 10%                        |
| 30306019                           | CapsulotomiaYag Ou Cirúrgica                                              | 10%                        |
| 30212014                           | Cervicotomia Exploradora                                                  | 10%                        |
| 30310032                           | Cirurgias Fistulizantes Antiglaucomasas                                   | 10%                        |
| 31103081                           | CistectomiaTotal Com Derivação Simples Em Oncologia                       | 20%                        |
| 31103081                           | CistectomiaTotal E Derivação Em 1 SoTempo Em Oncologia                    | 20%                        |
| 30803039                           | Cisto Pulmonar Congênito -Tratamento Cirúrgico                            | 10%                        |
| 31009042                           | Cisto Sacro-Coccígeo -Tratamento Cirúrgico                                | 10%                        |
| 31103251                           | Cistoenteroplastia                                                        | 10%                        |
| 31103090                           | Cistolitotomia                                                            | 10%                        |
| 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 PorVideolaparoscopia                    | 10%                        |
| 31003176                           | Colectomia Parcial Sem Colostomia                                         | 20%                        |
| 31003184                           | ColectomiaTotal Em Oncologia                                              | 20%                        |
| 31003613                           | ColectomiaVideolaparoscopica                                              | 10%                        |
| 31005152                           | Colédoco Ou Hepático-Jejunostomia (QualquerTécnica)                       | 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 Videolaparoscopica                                          | 10%                        |
| 31103200                           | Colo De Divertículo - Ressecção Endoscópica                               | 10%                        |
| 31103219                           | Colo Vesical - Ressecção Endoscópica                                      | 10%                        |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                                              |                            |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                                                | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 30801010                           | Colocação De ÓrteseTraqueal,Traqueobrônquica Ou Brônquica, PorVia Endoscópica (Tubo De Silicone Ou Metálico) | 10%                        |
| 30801028                           | Colocação De Prótese LaringoTraqueal/Traqueobrônquica (Inclui Prótese)                                       | 20%                        |
| 30801010                           | Colocação De Prótese Laringo-Traqueal,Traqueal,Traqueo-Bronquica, Bronquica Por Via Endoscopica              | 10%                        |
| 31003230                           | Colorrafia PorVia Abdominal                                                                                  | 10%                        |
| 31003230                           | Colotomia E Colorrafia                                                                                       | 10%                        |
| 31302025                           | Colpectomia                                                                                                  | 10%                        |
| 31302025                           | Colpectomia Em Oncologia                                                                                     | 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 Obstetrica                                                                            | 10%                        |
| 31302050                           | Colpoplastia Posterior Com Perineorrafia                                                                     | 10%                        |
| 31302068                           | Colporrafia Nao Obstetrica                                                                                   | 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 (QualquerTécnica)                                                      | 10%                        |
| 30205107                           | Corpo Estranho De Faringe - Retirada Sob Anestesia Geral                                                     | 10%                        |
| 30714010                           | Corpo Estranho Intra-Articular -Tratamento Cirúrgico                                                         | 10%                        |
| 30714028                           | Corpo Estranho Intra-Ósseo -Tratamento Cirúrgico                                                             | 10%                        |
| 30602033                           | Correção Cirúrgica Da Assimetria Mamária                                                                     | 10%                        |
| 30209056                           | Correção Cirúrgica De Depressão (Afundamento) Da Região Frontal                                              | 10%                        |
| 30202060                           | Correcao Cirúrgica De Fístula Oro-Nasal / Oro- Sinusal                                                       | 10%                        |
| 30210127                           | Correção Cirúrgica De Fístula Salivar Com Retalho                                                            | 10%                        |
| 30301157                           | Correcao 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 ParedeTorácica Por Vídeo                                                         | 50%                        |
| 30729084                           | Correção De Deformidades Do Pé Com Fixador Externo Dinâmico - Tratamento Cirúrgico                           | 10%                        |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                                                                                            |                            |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                                                                                              | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 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%                        |
| 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 Osseo                                                                                                                               | 10%                        |
| 30215013                           | 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                           | Deltópeitoral -Transplantes Cutâneos                                                                                                                       | 50%                        |
| 30715083                           | Derivação Lombar Externa                                                                                                                                   | 10%                        |
| 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-Torácica Em Oncologia                                                                                                         | 10%                        |
| 30723027                           | Desarticulação Interílio-Abdominal                                                                                                                         | 20%                        |

| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                                 |                            |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | 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 Cranio-CervicalViaTransoral / Retrofaringea                             | 10%                        |
| 30302021                           | Descompressão De Nervo Optico                                                                   | 10%                        |
| 30302021                           | Descompressão De Órbita                                                                         | 10%                        |
| 30302021                           | Descompressão De Órbita Ou Nervo Ótico                                                          | 10%                        |
| 30302021                           | Descompressão De Órbita Por Doença OuTrauma                                                     | 10%                        |
| 30715091                           | Descompressão Óssea Na Junção Cranio-Cervical Via Posterior                                     | 10%                        |
| 30715091                           | Descompressão Óssea Na Junção Cranio-CervicalVia 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 FaceVolar 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 PorVia Anterior (1 Nível)                                                  | 10%                        |
| 30715393                           | Discectomia Cervical PorVia Anterior (2 Ou Mais Níveis)                                         | 10%                        |
| 30715180                           | DiscectomiaToraco-Lombo-Sacra PorVia Anterior (1 Nível)                                         | 10%                        |
| 30715180                           | DiscectomiaToraco-Lombo-Sacra PorVia Anterior (C/ 2 Ou Mais Níveis)                             | 10%                        |
| 30730058                           | Dissecção Muscular                                                                              | 10%                        |
| 30212014                           | Dissecção Radical Do Pescoco                                                                    | 10%                        |
| 31003249                           | Distorção De Volvo Por Laparotomia                                                              | 10%                        |
| 31103200                           | Diverticulectomia Vesical                                                                       | 10%                        |
| 30701082                           | Dorsal Do Pé -Transplantes Cutâneos                                                             | 50%                        |
| 30730066                           | Drenagem Cirúrgica Do Iliopsoas                                                                 | 10%                        |
| 30730066                           | Drenagem Cirúrgica Do Psoas                                                                     | 10%                        |
| 31202020                           | Drenagem De Abscesso - Escroto                                                                  | 10%                        |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                        |     |
|------------------------------------|----------------------------------------|-----|
| 31004016                           | Drenagem De Abscesso Anu-Retal         | 10% |
| 31202020                           | Drenagem De Abscesso Da Bolsa Escrotal | 10% |
| 40813525                           | Drenagem De Abscesso Pelvico           | 10% |

| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                        |                            |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                          | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 30205018                           | Drenagem De Abscesso Periamigdaliano                                                   | 10%                        |
| 31101011                           | Drenagem De Abscesso Renal / Peri-Renal                                                | 10%                        |
| 30806011                           | Drenagem De Abscesso Subfrenico                                                        | 10%                        |
| 31104010                           | Drenagem De Colecao Peri-Uretral                                                       | 10%                        |
| 30101638                           | Drenagem De FlegMão Urinoso                                                            | 10%                        |
| 31009174                           | Drenagem De Hematoma / Abscesso Pre-Peritoneal                                         | 10%                        |
| 31009174                           | Drenagem De Hematoma / Abscesso Retro-Retal                                            | 10%                        |
| 30715083                           | Drenagem Liquórica Lombar Externa                                                      | 10%                        |
| 40813525                           | Drenagem Percutânea De Abscesso Retroperitoneal Ou Pélvico                             | 10%                        |
| 30803055                           | DrenagemTubular Aberta De Cavidade Pulmonar                                            | 10%                        |
| 30803055                           | DrenagemTubular Pleural Aberta (Pleurostomia)                                          | 10%                        |
| 31006078                           | Duodenopancreatectomia Em Oncologia                                                    | 20%                        |
| 31202039                           | Elefantíase Peno-Escrotal -Tratamento Cirúrgico                                        | 10%                        |
| 30910080                           | Embolectomia OuTromboembolectomia 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 ArterialTratado                              | 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 Enterorrafia C/ Sutura / Ressecção (Qualquer Segmento)                | 10%                        |
| 31003320                           | Enterotomia E/Ou Enterorrafia De Qualquer Segmento (Por Sutura Ou Ressecção)           | 10%                        |
| 30309018                           | Enucleação De Globo Ocular                                                             | 10%                        |
| 31005250                           | Enucleação De Metástases Hepáticas                                                     | 10%                        |
| 30309018                           | Enucleação Ou Evisceração Com Ou Sem Implante                                          | 10%                        |
| 31403042                           | Enxerto De Nervo                                                                       | 10%                        |
| 30101336                           | Enxerto De Pele (Homoenxerto Inclusive)                                                | 10%                        |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                               |     |
|----------|---------------------------------------------------------------|-----|
| 30101344 | Enxerto De Pele Múltiplo - Por UnidadeTopográfica (Ut)        | 10% |
| 30101336 | Enxerto Dermo-Epidermico                                      | 10% |
| 30101336 | Enxerto Livre De PeleTotal                                    | 10% |
| 31403093 | Enxerto Microcirúrgico De Nervo Periferico (2 Ou Mais Nervos) | 10% |
| 31403042 | Enxerto Microcirúrgico De Nervo Periferico (Único Nervo)      | 10% |
| 30722306 | Enxerto Ósseo (Perda De Substância) -Tratamento Cirúrgico     | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                         | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 GrandeTrocanter -Tratamento Cirúrgico       | 10%                               |
| 30724139          | Epifisiodesse DoTrocanter 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 Nao Obstetrica                                           | 10%                               |
| 30101360          | Escalpo Parcial -Tratamento Cirúrgico                                        | 20%                               |
| 30101379          | EscalpoTotal -Tratamento Cirúrgico                                           | 20%                               |
| 30701090          | Escapular -Transplantes Cutâneos                                             | 50%                               |
| 30717019          | Escapulopexia C/ Ou S/ Osteotomia Da Escapula / Ressecção Barra Omo-Cervical | 10%                               |
| 31004075          | Esfincteroplastia Anal (QualquerTécnica)                                     | 10%                               |
| 31104070          | Esfincterotomia - Uretra                                                     | 10%                               |
| 31004075          | Esfincterotomia Interna ETratamento De Fissura Anal                          | 10%                               |
| 31001068          | Esofagocoloplastia Ou Esofagogastroplastia Em Oncologia                      | 20%                               |
| 31001041          | Esofagogastrectomia ComToracotomia Em Oncologia                              | 20%                               |
| 31205011          | Espermatoclectomia                                                           | 10%                               |
| 31205011          | Espermatoclectomia Unilateral                                                | 10%                               |
| 31007023          | Esplenectomia                                                                | 10%                               |
| 31007023          | Esplenectomia Parcial                                                        | 10%                               |
| 30715113          | Espondilolistese -Tratamento Cirúrgico                                       | 10%                               |
| 30403030          | Estapedectomia                                                               | 10%                               |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                     |     |
|----------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| 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 | Evisceracao De Globo Ocular                                         | 10% |
| 30201020 | Excisão Com Plástica De Vermelho                                    | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                  | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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%                               |
| 30302048          | Exenteração De Órbita                                                 | 10%                               |
| 30302048          | Exenteração De Órbita Em Oncologia                                    | 10%                               |
| 31003346          | Exenteracao Pelvica Posterior Em Oncologia                            | 20%                               |
| 31204066          | Exérese De Cisto De Epididimo                                         | 10%                               |
| 31009042          | Exérese De Cisto Sacro-Coccigeo                                       | 10%                               |
| 31204066          | Exérese De Cisto Unilateral                                           | 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%                               |
| 31301088          | Exérese De Lesão Da Vulva E/Ou Do Períneo (Por Grupo De Até 5 Lesões) | 10%                               |
| 31204066          | Exérese De Lesão Do Cordao Espermático                                | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                           |      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 30204038 | Exérese De Rânula Ou Mucoccele                                                                            | 10%  |
| 30210127 | Exérese DeTumor Benigno, Cisto Ou Fístula                                                                 | 10%  |
| 30302056 | Exérese DeTumor Com Abordagem Craniofacial Oncológica (Tempo Facial) Pálpebra, Cavidade Orbitária E Olhos | 10%  |
| 30206065 | Exérese DeTumor De Vias Aereas Superiores, Face E Pescoco                                                 | 10%  |
| 30204100 | Exérese DeTumor E Enxerto Livre - Glândulas Salivares                                                     | 100% |
| 30302056 | Exérese DeTumor Maligno Intra-Ocular                                                                      | 10%  |
| 30206065 | Exérese DeTumor 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%  |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                                    | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 31403123          | Exploração Cirúrgica De Nervo (Neurólise Externa)                                                                       | 10%                               |
| 31401090          | Exploração Diagnóstica Cirúrgica Para Implantação Unilateral De Eletrodos Invasivos (Inclui Video)                      | 20%                               |
| 30910102          | Exploração Vascular EmTraumasTorácicos E Abdominais                                                                     | 10%                               |
| 30101530          | Extensos Ferimentos, Cicatrizes OuTumores - Exérese E Emprego De Retalhos Cutâneos Ou Musculares Cruzados (Por Estágio) | 10%                               |
| 30213029          | Extirpação De Bocio Intratoracico PorViaTranstesternal                                                                  | 10%                               |
| 30205174          | Extirpação DeTumor Do Cavum E Faringe                                                                                   | 10%                               |
| 30101468          | Extirpação E Supressao De Lesão De Pele E DeTecido Celular Subcutaneo                                                   | 10%                               |
| 30101468          | Extirpação Multipla De Lesão Da Pele OuTecido Celular Subcutaneo Em Oncologia                                           | 10%                               |
| 30205174          | FaringectomiaTotal Em Oncologia                                                                                         | 10%                               |
| 30205140          | Faringolaringectomia                                                                                                    | 100%                              |
| 30205158          | Faringolaringoesofagectomia Total                                                                                       | 50%                               |
| 30726204          | Fasciectomia                                                                                                            | 10%                               |
| 30730074          | Fasciotomia                                                                                                             | 10%                               |
| 30729122          | Fasciotomia De Membros Inferiores                                                                                       | 10%                               |
| 30101778          | Fasciotomia De Membros Superiores                                                                                       | 10%                               |
| 30729122          | Fasciotomia Ou Ressecção De Fascia Plantar -Tratamento Cirúrgico                                                        | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                     |     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30730090 | Fasciotomia P/ Descompressão                                                        | 10% |
| 30730090 | Fasciotomias (Descompressivas)                                                      | 10% |
| 30801036 | Fechamento De FístulaTráqueo-Cutânea                                                | 10% |
| 30601053 | Fechamento De Pleurostomia                                                          | 10% |
| 40813576 | Fechamento Percutaneo De Fístulas Arteriovenosas C/ Liberação De Coils              | 20% |
| 40814033 | Fibrinolise 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% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                                             | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 Coxofemoral - Redução Incruenta                                                                | 10%                               |
| 30724180          | Fratura E/Ou Luxação E/Ou Avulsão Coxofemoral -Tratamento Cirúrgico                                                              | 10%                               |
| 30729157          | Fratura E/Ou Luxações Do Pé (Exceto Antepé) -Tratamento Cirúrgico                                                                | 10%                               |
| 30207100          | Fratura Naso Etmóide Órbita-Etmoidal                                                                                             | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                                  |     |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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 Escápulo-Umeral E Cintura Escapular    | 10% |
| 30717108 | Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico - Em Articulação Escápulo-Umeral E Cintura Escapular | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>Código TUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                 | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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%                               |
| 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                 |      |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 31002129 | Gastrectomia Total Via Abdominal                                                                | 10%  |
| 31002218 | Gastrectomia Vertical Em Manga (Sleeve)                                                         | 20%  |
| 31002315 | Gastrectomia Videolaparoscopica                                                                 | 10%  |
| 31002021 | Gastroenteroanastomose                                                                          | 10%  |
| 31002218 | Gastroplastia C/ Derivação 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                                                                 | 100% |
| 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 Com Lesão De Estruturas Vasculares Biliares                               | 10%  |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>Código TUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 31005012           | Hepatotomia E Drenagem De Abscesso / Cisto                          | 10%                               |
| 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                          |     |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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 InguinalVideolaparoscopica                                                  | 10% |
| 31009140 | Herniorrafia Recidivante                                                                 | 10% |
| 31009158 | Herniorrafia S/ Ressecção Intestinal (Hernia Estrangulada )                              | 10% |
| 31009158 | Herniorrafia Sem Ressecção Intestinal Encarcerada                                        | 10% |
| 31009166 | Herniorrafia UmbilicalVideolaparoscopica                                                 | 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 (PorViaVaginal)                                                            | 10% |
| 31303080 | Histerectomia C/ Anexectomia (Uni / Bilateral)                                           | 10% |
| 31303129 | Histerectomia C/ Ressecção De Orgaos Contiguos 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 - QualquerVia            | 10% |
| 31303200 | Histerectomia Subtotal Laparoscópica Com Ou Sem Anexectomia, Uni Ou Bilateral - Via Alta | 10% |
| 31303102 | Histerectomia Total                                                                      | 10% |
| 31303110 | HisterectomiaTotal Ampliada - QualquerVia - (Não Inclui A Linfadenectomia Pélvica)       | 20% |
| 31303110 | HisterectomiaTotal Ampliada (Werthein-Meigs)                                             | 10% |
| 31303110 | HisterectomiaTotal Ampliada Em Oncologia                                                 | 10% |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                                           |                            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                                             | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 31303129                           | Histerectomia Total Com Anexectomia Uni Ou Bilateral - Qualquer Via                                       | 20%                        |
| 31303200                           | Histerectomia Videolaparoscopica                                                                          | 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 Cirúrgico Pre E Pos-Operatório)                                                         | 10%                        |
| 30704022                           | Ilíaco                                                                                                    | 50%                        |
| 30913012                           | Implantação De Cateter De Longa Permanência Semi Ou Totalmente Implantavel (Procedimento Principal        | 10%                        |
| 40813932                           | Implantacao De Shunt Intra-Hepático Porto-Sistêmico (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-Sítio Transvenoso                                      | 100%                       |
| 30904021                           | Implante De Cardioversor Desfibrilador De Camara Dupla Transvenoso                                        | 100%                       |
| 30904064                           | Implante De Cardioversor Desfibrilador Multi-Sítio Endocavitario C/ Reversao Para Epimiocardico Por       | 100%                       |
| 31401082                           | Implante De Cateter Intracraniano                                                                         | 10%                        |
| 30904064                           | Implante De Marcapasso Cardíaco Multi-Sítio Endocavitario C/ Reversao P/ Epimiocardico (PorToracoto       | 100%                       |
| 30904064                           | Implante De Marcapasso Cardíaco Multi-Sítio Epimiocardico Por Toracotomia P/Implante De Eletrodo          | 100%                       |
| 30904064                           | Implante De Marcapasso Cardíaco Multi-SítioTransvenoso                                                    | 100%                       |
| 30904145                           | Implante De Marcapasso De Camara Dupla Epimiocardico                                                      | 50%                        |
| 30904137                           | Implante De Marcapasso De Camara UnicaTransvenoso                                                         | 20%                        |
| 30904080                           | Implante De MarcapassoTemporarioTransvenoso                                                               | 10%                        |
| 30310032                           | Implante De Prótese Anti-Glaucomatosa                                                                     | 10%                        |
| 30304083                           | Implante Intra-Estromal                                                                                   | 10%                        |
| 31401120                           | Implante Intratecal De Bomba De Infusao De Farmacos                                                       | 100%                       |
| 31401120                           | Implante Intraventricular De Bomba De Infusão De Farmacos                                                 | 100%                       |
| 30912296                           | ImplanteTranscateter 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%                        |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                    |     |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 31103375 | Incontinência Urinária Com Colpoplastia Anterior -Tratamento Cirúrgico (Com Ou Sem Uso De Prótese) | 10% |
| 30701120 | Inguino-Cural -Transplantes Cutâneos                                                               | 50% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                                                          | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 31103367          | Injeção De Gordura / Teflon Peri-Uretral                                                                                                      | 10%                               |
| 30904080          | Instalação De Marca-Passo EpimiocárdioTemporário                                                                                              | 10%                               |
| 31102050          | Instalação Endoscópica De Cateter Duplo J                                                                                                     | 10%                               |
| 30213037          | Istmectomia Ou Nodullectomia                                                                                                                  | 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          | LaringectomiaTotal C/ Esvaziamento Cervical                                                                                                   | 10%                               |
| 30206138          | LaringectomiaTotal Em Oncologia                                                                                                               | 10%                               |
| 30206170          | Laringofissura (Inclusive Com Corpectomia)                                                                                                    | 10%                               |
| 30206170          | Laringofissura Para Colocacao De Molde NosTraumatismos 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%                               |
| 30726182          | Lesões Ligamentares Agudas -Tratamento Cirúrgico                                                                                              | 10%                               |
| 30728142          | Lesões Ligamentares Agudas Ao Nível DoTornozelo -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          | LesõesVasculares De Membro Inferior Ou Superior - Unilateral                                                                                  | 10%                               |
| 30101824          | Liberação De Aderencias Intestinais                                                                                                           | 10%                               |
| 30726204          | Liberação Lateral E Facectomias -Tratamento Cirúrgico                                                                                         | 10%                               |
| 30906210          | Ligadura / Seccao De Vasos Aberrantes                                                                                                         | 10%                               |
| 30906210          | Ligadura De Carótida Em Oncologia                                                                                                             | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                   |     |
|----------|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 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 Recorrential Unilateral Em Oncologia     | 20% |
| 30914051 | Linfadenectomia Cervical Supraomo-Hioidea Unilateral Em Oncologia | 20% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                              | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 Pelvica 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%                               |
| 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          | Lipoaspiracao 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                       |     |
|----------|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| 31005292 | Lobectomia Hepática Direita                                           | 20% |
| 30803080 | Lobectomia Pulmonar                                                   | 20% |
| 30803080 | Lobectomia Pulmonar Em Oncologia                                      | 20% |
| 30803217 | Lobectomia Pulmonar Por Videotoroscopia                               | 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% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                            | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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          | Metastasectomia Hepática Em Oncologia                                                                           | 10%                               |
| 30803098          | Metastasectomia Pulmonar Uni Ou Bilateral (Qualquer Metodo)                                                     | 10%                               |
| 30803098          | Metastasectomia Pulmonar Unilateral (Qualquer Técnica)                                                          | 20%                               |
| 30803225          | Metastasectomia Pulmonar Unilateral Por Videotoroscopia                                                         | 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%                               |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                       |     |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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-Operatório                   | 20% |
| 31401171                           | Microcirurgia Para Malformação Arterio-Venosa Cerebral                                | 20% |
| 31401171                           | Microcirurgia Para Malformação Arterio-Venosa Cerebral Profunda                       | 20% |
| 31401252                           | Microcirurgia Para Ressecção Multilobar / Hemisferectomia / Calosotomia               | 20% |
| 31401252                           | Microcirurgia Para Ressecção Unilobar Extratemporal Com Monitoramento IntraOperatório | 20% |
| 31401252                           | Microcirurgia Para Ressecção Unilobar Extratemporal Sem Monitoramento IntraOperatório | 20% |
| 30302099                           | Microcirurgia ParaTumor De Órbita                                                     | 10% |

| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                 |                            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                   | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 31401155                           | Microcirurgia ParaTumor Intracraniano                           | 20%                        |
| 31401155                           | Microcirurgia ParaTumor Intracraniano (ComTecnica Complementar) | 20%                        |
| 30302099                           | Microcirurgia ParaTumores Orbitários                            | 10%                        |
| 31401171                           | MicrocirurgiaVascular Intracraniana (ComTécnica Complementar)   | 20%                        |
| 31403123                           | Microneurolise De Nervo Periferico                              | 10%                        |
| 31403255                           | Microneurorrafia                                                | 10%                        |
| 31403255                           | Microneurorrafia De Dedos Da Mão                                | 10%                        |
| 31403263                           | Microneurorrafia Múltipla (Plexo Nervoso)                       | 10%                        |
| 30715067                           | Miectomy Supraseletiva                                          | 20%                        |
| 31303145                           | Miomectomy                                                      | 10%                        |
| 31303145                           | Miomectomy Uterina                                              | 10%                        |
| 31303250                           | Miomectomy Uterina Laparoscópica                                | 10%                        |
| 31303250                           | Miomectomy Videolaparoscópica                                   | 10%                        |
| 30730112                           | Miorrafias                                                      | 10%                        |
| 30601070                           | Mobilizacao 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%                        |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                            |     |
|----------|--------------------------------------------|-----|
| 31101186 | Nefrectomia Total Em Oncologia             | 10% |
| 31101208 | Nefro Ou Pieloenterocistostomia Unilateral | 10% |
| 31101216 | Nefrolitotomia                             | 10% |
| 31101216 | Nefrolitotomia Anatrófica Unilateral       | 10% |
| 31101224 | Nefrolitotomia Percutanea                  | 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 Percutanea                     | 10% |
| 31101313 | Nefrostomia Percutânea Unilateral          | 10% |
| 31101321 | Nefroureterectomia Total Em Oncologia      | 10% |
| 31009204 | Neuroblastoma Abdominal - Exérese          | 20% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                            | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 31403263          | Neurorrafia                                                     | 10%                               |
| 31403123          | Neurotomia Seletiva DeTrigemeo E Outros Nervos Cranianos        | 10%                               |
| 31404022          | Neurotomia Seletiva DoTrigêmio                                  | 10%                               |
| 31404022          | NucleotracotomiaTrigeminal E/Ou Espinal                         | 10%                               |
| 31307116          | Omentectomia                                                    | 10%                               |
| 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 Ilíaco                                          | 50%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                            |     |
|----------|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                       | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30208084          | Osteotomia De Maxila Em Pacientes Com Anomalia Crânio E Bucomaxilofacial                                   | 20%                               |
| 30722705          | Osteotomia De Ossos Da Mão E/Ou Do Pé                                                                      | 10%                               |
| 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                      |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 30301173 | Pálpebra - Reconstrução Total (Com Ou Sem Ressecção De Tumor) - Por Estágio          | 10%  |
| 31006051 | Pancreatectomia Corpo Caudal Com Preservação Do Baço                                 | 20%  |
| 31006051 | Pancreatectomia Parcial Em Oncologia                                                 | 20%  |
| 31006051 | Pancreatectomia Videolaparoscópica                                                   | 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% |
| 30202043 | Pelviglossomandibulectomia Em Oncologia                                              | 20%  |
| 30501270 | Perfuração Do Septo Nasal - Correção Cirúrgica                                       | 10%  |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>Código TUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                              | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30915040           | Pericardiectomia Parcial                                          | 20%                               |
| 30912156           | Pericardiocentese                                                 | 10%                               |
| 31306047           | Perineorrafia (Não Obstétrica) E/Ou Episiotomia E/Ou Episiorrafia | 10%                               |
| 31008054           | Peritonostomia 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 / Esfincteroplastia Anal                    | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                                 |      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 30303052 | Plástica De Conjuntiva                                                                                          | 10%  |
| 30602033 | Plástica Mamária Feminina Não Estética                                                                          | 10%  |
| 30602165 | Plástica Mamária Reconstructiva - Pós Mastectomia C/ Implante De Prótese                                        | 10%  |
| 30602262 | Plástica Mamária Reconstructiva Bilateral Incluindo Prótese Mamária 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 Poplíteo Proximal                                                                                  | 10%  |
| 30906229 | Ponte-Tromboendarterectomia Aorto- Femural                                                                      | 20%  |
| 30906180 | Ponte-Tromboendarterectomia Aorto-Iliaca                                                                        | 20%  |
| 30906199 | Ponte-Tromboendarterectomia De Carotida                                                                         | 10%  |
| 30906202 | Ponte-Tromboendarterectomia Iliaco-Femural                                                                      | 10%  |
| 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%  |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                    |                            |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                      | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 31201113                           | Prostatovesiculectomia 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 DoTornozelo - Tratamento Cirúrgico           | 10%                        |
| 30718090                           | Pseudartroses, 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                           | Quimioembolização De Carcinoma Hepático                                            | 20%                        |
| 40813916                           | Quimioembolização ParaTratamento DeTumor 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 SemTroca 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                           | ReconstituiçãoTotal De Pálpebra                                                    | 10%                        |
| 30101174                           | Reconstrução C/ Retalho Miocutâneo (Qualquer Parte) Em Oncologia                   | 20%                        |
| 30101697                           | Reconstrução C/ Retalho Osteomiocutâneo Em Oncologia                               | 20%                        |
| 30721237                           | Reconstrução Capsulo-Ligamentar De Cotovelo Punho                                  | 10%                        |
| 30215048                           | Reconstrução Craniana Ou Craniofacial                                              | 100%                       |
| 30912032                           | Reconstrução Da Bifurcação Aorto-Ilíaca C/ Angioplastia E Stents                   | 20%                        |
| 30305020                           | Reconstrução Da Câmara Anterior                                                    | 10%                        |
| 30602262                           | Reconstrução Da Mama Com Prótese E/Ou Expansor                                     | 10%                        |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                             |      |
|------------------------------------|---------------------------------------------|------|
| 30901090                           | Reconstrução Da Raiz Da Aorta               | 100% |
| 30901090                           | Reconstrução Da Raiz Da Aorta C/TuboValvado | 100% |
| 30305020                           | Reconstrução De Câmara Anterior Do Olho     | 10%  |

| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                         |                            |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                           | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 30401062                           | Reconstrução De Lóbulo Da Orelha                                                        | 10%                        |
| 30731011                           | Reconstrução De PoliaTendinosa Dos Dedos Da Mão                                         | 10%                        |
| 30401062                           | Reconstrução De Polo Superior Da Orelha                                                 | 10%                        |
| 30201080                           | Reconstrução De Sulco Gengivo-Labial                                                    | 50%                        |
| 30726182                           | Reconstrução DeTendão Patelar /Tendao 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 ETorácico ComTransplante Segmentar De Intestino        | 50%                        |
| 30401062                           | Reconstrução Do Helix Da Orelha                                                         | 10%                        |
| 30201080                           | Reconstrução Do Sulco Gengivo-Labial                                                    | 10%                        |
| 30728142                           | Reconstrução Ligamentar DoTornozelo                                                     | 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 Órbital - 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                           | ReconstruçãoTotal Da Cavidade Órbital - Por Estágio                                     | 10%                        |
| 30302129                           | ReconstruçãoTotal De Cavidade Orbitária                                                 | 10%                        |
| 30201098                           | ReconstruçãoTotal De Lábio Em Paciente Com Anomalia Crânio E Bucomaxilofacial           | 10%                        |
| 30208114                           | ReconstruçãoTotal De Mandíbula Com Prótese E Ou Enxerto Ósseo                           | 50%                        |
| 30208114                           | ReconstruçãoTotal De Mandíbula/Maxila                                                   | 10%                        |
| 30401062                           | ReconstruçãoTotal De Orelha (Multiplos Estagios)                                        | 10%                        |
| 30201098                           | ReconstruçãoTotal Do Lábio                                                              | 50%                        |
| 30201020                           | ReconstruçãoTotal Ou Parcial De Lábio                                                   | 10%                        |
| 30501296                           | ReconstruçãoTotal Ou Parcial De Nariz                                                   | 10%                        |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                              |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 30726247 | Reconstruções Ligamentares Do Pivot Central -Tratamento Cirúrgico                                            | 10%  |
| 30901090 | Redirecionamento Do Fluxo Sanguíneo (Com Anastomose Direta, Retalho,Tubo) - Em Defeitos Cardíacos Congenitos | 100% |
| 30501229 | Redução Cirúrgica De Fratura Dos Ossos Próprios Do Nariz                                                     | 10%  |
| 31003249 | Redução Cirúrgica De Volvo Por Laparotomia                                                                   | 10%  |
| 30207134 | Redução De Fratura Alveolo-Dentária Sem Osteossíntese                                                        | 10%  |
| 30207088 | Redução De Fratura Da Mandíbula Sem Osteossíntese                                                            | 10%  |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                          | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 Escápulo-Umeral                             | 10%                               |
| 30602351          | Redução Mamária Em Paciente C/ Lipodistrofia Decorrente Do Uso De Anti-Retrovirais            | 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%                               |
| 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                 |     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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 Osteosíntese                                                | 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 / Postero-Lateral / Distal A C2 (Mais De 2 Segmentos) | 20% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>Código TUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                     | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30715164           | Ressecção De Elemento Vertebral Posterior / Postero-Lateral Distal A C2 (At 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                                                      | 100%                              |
| 30204020           | Ressecção De Glândula Submandibular Em Oncologia                                         | 10%                               |
| 30403073           | Ressecção De Glomo Timpanico                                                             | 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%                               |
| 30602076           | Ressecção De Lesão Nao Palpavel De Mama Com Marcação Em Oncologia (Por Mama)             | 10%                               |
| 30204038           | Ressecção De Mucocele Frontal                                                            | 20%                               |
| 31401201           | 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                   |     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30805147 | Ressecção DeTumor De Mediastino                                                                   | 10% |
| 30205212 | Ressecção DeTumor De Nasofaringe Via Endoscópica                                                  | 10% |
| 31307124 | Ressecção DeTumor De Parede Abdominal Pélvica                                                     | 20% |
| 30101913 | Ressecção DeTumor De Partes Moles Em Oncologia                                                    | 20% |
| 30205212 | Ressecção DeTumor De Rinofaringe Em Oncologia                                                     | 10% |
| 31005373 | Ressecção DeTumor DeVesícula Ou DaVia Biliar Com Hepatectomia                                     | 20% |
| 30805147 | Ressecção DeTumor Do Mediastino                                                                   | 10% |
| 30732018 | Ressecção DeTumor E Reconstrução C/ Retalho Microcirúrgico                                        | 10% |
| 30732123 | Ressecção DeTumor E Reconstrução C/ Retalho Não Microcirúrgico (Exceto Mão E Pé)                  | 10% |
| 30732123 | Ressecção DeTumor E Reconstrução C/Transporte Ósseo                                               | 10% |
| 30212146 | Ressecção DeTumor Glômico Em Oncologia                                                            | 10% |
| 30732085 | Ressecção DeTumor Ósseo Com Substituição (Endoprótese) Ou Com Reconstrução E Fixação Em Oncologia | 20% |
| 30732018 | Ressecção DeTumor Ósseo E Reconstrução C/ Enxerto                                                 | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                   | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30732123          | Ressecção DeTumor Ósseo E Reconstrução C/ Retalho Não Microcirúrgico (Apenas Mão E Pé) | 10%                               |
| 30732123          | Ressecção DeTumor Ósseo E Reconstrução Por Deslizamento                                | 10%                               |
| 30715202          | Ressecção DeTumor Raquimedular Extradural                                              | 20%                               |
| 31009204          | Ressecção DeTumor Retroperitoneal C/ Ressecção De Órgãos Contíguos Em Oncologia        | 20%                               |
| 31101470          | Ressecção DeTumor Retroperitoneal Em Oncologia                                         | 20%                               |
| 30213029          | Ressecção DeTumorTireoidiano Por ViaTransesternal Em Oncologia                         | 10%                               |
| 30715164          | Ressecção De Um Corpo Vertebral Cervical                                               | 20%                               |
| 30715164          | Ressecção De Um Corpo VertebralToraco-Lombo- Sacro                                     | 20%                               |
| 31104177          | Ressecção DeVálvula Uretral Posterior                                                  | 10%                               |
| 31307132          | Ressecção DeVarizes Pelvicas                                                           | 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 OssoTemporal                                                              | 50%                               |
| 30720150          | Ressecção Do Processo Estilóide Do Rádio -Tratamento Cirúrgico                         | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                            |      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------|------|
| 31104088 | Ressecção E Fechamento De Fístula 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 Prostata                                          | 10%  |
| 31103456 | Ressecção Endoscópica DeTumor 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 DeTumor Ósseo / De Partes Moles                          | 10%  |
| 30401097 | Ressecção Subtotal OuTotal De Orelha                                       | 10%  |
| 30201047 | RessecçãoTotal De Lábio E Reconstrução Com Retalho Miocutâneo              | 100% |
| 30201047 | RessecçãoTotal De Lábio E Reconstrução Com Retalho Miocutâneo Em Oncologia | 10%  |
| 31009050 | Ressutura De Parede Abdominal (Por DeiscênciaTotal / Evisceração)          | 10%  |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                            | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 ColunaToracolumbo-Sacra Por Via Anterior          | 10%                               |
| 30715261          | Retirada De Corpo Estranho Da ColunaToracolumbo-Sacra Por Via Posterior         | 10%                               |
| 30912210          | Retirada De Corpo Estranho De Sistema Cardiovascular Por Tecnicas Hemodinamicas | 10%                               |
| 30714028          | Retirada De Corpo Estranho Dos Ossos Da Face                                    | 10%                               |
| 30714010          | Retirada De Corpo Estranho Intra-Articular                                      | 10%                               |
| 30714028          | Retirada De Corpo Estranho Intra-Ósseo                                          | 10%                               |
| 30215056          | Retirada De Cranioplastia                                                       | 10%                               |
| 30904110          | Retirada De Sistema De Estimulação Cardíaca Artificial                          | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                            |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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 Microanastomoses Vasculares                           | 50%  |
| 30702054 | Reto Interno (Gracilis) -Transplantes Músculo-Cutâneos Com Microanastomoses Vasculares                     | 50%  |
| 31003559 | Retossigmoidectomia Abdominal Em Oncologia                                                                 | 10%  |
| 31003559 | Retossigmoidectomia Abdômino-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**

| <b>Código TUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                          | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30903025           | Revascularização Miocárdica S/ Uso De Extracorpórea (C/ 2 Ou Mais Enxertos)   | 100%                              |
| 30906288           | Revascularização Por Ponte / Tromboendarterectomia De Outras Arterias Distais | 10%                               |
| 30906288           | Revascularização Por Ponte / Tromboendarterectomia Femoro-Poplíteia Distal    | 10%                               |
| 30906296           | Revascularização Por Ponte / Tromboendarterectomia Femoro-Poplíteia 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                   |     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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 Pseudoartrose 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 Videolaparoscópica                                                                 | 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% |
| 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% |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                                            |                            |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                                              | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 31403344                           | Simpatectomia                                                                                              | 10%                        |
| 31403344                           | Simpatectomia Lombar A Ceu Aberto                                                                          | 10%                        |
| 31403344                           | Simpatectomia Lombar Video Cirúrgica                                                                       | 10%                        |
| 31403379                           | Simpatectomia Por Videotoracoscopia                                                                        | 10%                        |
| 31403344                           | Simpatectomia Toracica A Céu Aberto                                                                        | 10%                        |
| 31403379                           | Simpatectomia Toracica Video Cirúrgica                                                                     | 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 Osteofibroso - 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 Fascia Lata (Tensor Fascia Lata) -Transplantes Musculares Com Microanastomoses Vasculares        | 50%                        |
| 30702070                           | Tensor Da Fascia Lata (Tensor Fascia Lata) -Transplantes Músculo- Cutâneos Com Microanastomoses Vasculares | 50%                        |
| 30805155                           | Timectomia                                                                                                 | 10%                        |
| 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%                        |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                        |                            |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| CódigoTUSS                         | PROCEDIMENTOS                                                                          | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
| 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 DeTestículo - Cura Cirúrgica                                                    | 10%                        |
| 30715296                           | Tração CervicalTransesquelética                                                        | 10%                        |
| 31401252                           | Transecções Sub-Piais Multiplas Em Areas Eloquentes                                    | 20%                        |
| 30724236                           | Transferência Do GrandeTrocanter (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 Microanastomose                                                | 50%                        |
| 30907128                           | Transplante De Segmento Venoso Valvulado                                               | 10%                        |
| 30701210                           | Transplante Miocutâneo Com Microanastomose                                             | 50%                        |
| 30704081                           | Transplante Ósseo Vascularizado (Microanastomose)                                      | 50%                        |
| 30730015                           | Transposição / Alongamento Miotendinoso Do Iliopsoas Em Doença Neuromuscular           | 10%                        |
| 30717167                           | Transposição / Transferência Miotendinosa Múltipla                                     | 10%                        |
| 30730155                           | Transposição / Transferência Miotendinosa Única                                        | 10%                        |
| 31403352                           | Transposição De Nervo                                                                  | 10%                        |
| 30907128                           | Transposição DeVeias Do SistemaVenoso Profundo                                         | 10%                        |
| 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                           | Traqueloplastia                                                                        | 10%                        |
| 30801079                           | Traqueoplastia (QualquerVia)                                                           | 10%                        |
| 30206200                           | Traqueoplastia E/Ou Laringotraqueoplastia                                              | 10%                        |
| 30801079                           | Traqueoplastia Por AcessoTorácico                                                      | 10%                        |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                         |     |
|----------|---------------------------------------------------------|-----|
| 30801036 | Traqueorráfia E/Ou Fechamento De FístulaTraqueo-Cutânea | 10% |
| 30801095 | Traqueostomia                                           | 10% |
| 30801184 | Traqueostomia Com Retirada De Corpo Estranho            | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                            | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30801095          | TraqueostomiaTranstumoral Em Oncologia                                                          | 10%                               |
| 30718058          | Tratamento Cirúrgico De Fratura Da Diáfise Do Úmero                                             | 10%                               |
| 30723043          | Tratamento Cirúrgico Da Avulsão DeTuberosidades / Espinhas E Crista Ilíaca S/ Lesão Do Anel Pél | 10%                               |
| 30215080          | Tratamento Cirúrgico Da Fratura Do Crânio - Afundamento                                         | 10%                               |
| 30212189          | Tratamento Cirúrgico Da Lipomatose 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 / Epicondilares              | 10%                               |
| 31401295          | Tratamento Cirúrgico De Abscesso Intracraniano                                                  | 20%                               |
| 30906040          | Tratamento Cirúrgico De Aneurismas Das ArteriasViscerais                                        | 10%                               |
| 30208122          | Tratamento Cirúrgico De Anquilose Da ArticulaçãoTêmporo-Mandibular                              | 10%                               |
| 30715210          | Tratamento Cirúrgico De Artrite Infecciosa (Grandes E Médias Articulações)                      | 10%                               |
| 30728029          | Tratamento Cirúrgico De Artrite Infecciosa Das Pequenas Articulações                            | 10%                               |
| 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 Bidas Constrictivas                                                     | 10%                               |
| 30210127          | Tratamento Cirúrgico De Cisto Do Complexo Maxilo-Mandibular                                     | 10%                               |
| 31103375          | Tratamento Cirúrgico De Cistocoele                                                              | 10%                               |
| 30729190          | Tratamento Cirúrgico De CoalizãoTarsal                                                          | 10%                               |
| 31302114          | Tratamento Cirúrgico De Coaptação 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 RetraçãoTeno-Capsulo-Ligamentar               | 10%                               |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                         |     |
|----------|---------------------------------------------------------|-----|
| 31001238 | Tratamento Cirúrgico De Diverticulo DoTubo Digestivo    | 10% |
| 30729319 | Tratamento Cirúrgico De Elefantíase Ao Nível Do Pe      | 10% |
| 31202039 | Tratamento Cirúrgico De Elefantíase Do Pênis            | 10% |
| 30101360 | Tratamento Cirúrgico De Escalpo Parcial                 | 10% |
| 30101379 | Tratamento Cirúrgico De EscalpoTotal                    | 10% |
| 30402069 | Tratamento Cirúrgico De Estenose Do Conduto Auditivo    | 10% |
| 30210127 | Tratamento Cirúrgico De Fístula E Cistos Oro- Maxilares | 10% |
| 31401260 | Tratamento Cirúrgico De Fístula Liquorica Raquidiana    | 10% |
| 31004113 | Tratamento Cirúrgico De Fístula Reto-Vaginal            | 10% |
| 31102123 | Tratamento Cirúrgico De Fístula Uretro-Vaginal          | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                              | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 31103294          | Tratamento Cirúrgico De FístulaVesico-Entérica                                                    | 10%                               |
| 31103308          | Tratamento Cirúrgico De FístulaVesico-Retal                                                       | 10%                               |
| 31103324          | Tratamento Cirúrgico De FístulaVesicovaginal                                                      | 10%                               |
| 31102107          | Tratamento Cirúrgico De Fístulas Ureterais                                                        | 10%                               |
| 30718058          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Da Extremidade Proximal Do Umero                  | 10%                               |
| 30722527          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Das Falanges Da Mão (Com Fixação)                 | 10%                               |
| 30718058          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria De Epi~Côndilo / Epitroclea Do Úmero              | 10%                               |
| 30729157          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria De Ossos Do Medio-Pé                              | 10%                               |
| 30720095          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Do Côndilo / Tróclea/ Apofise Coronóide Do Ulna / | 10%                               |
| 30722411          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Dos Metacarpianos                                 | 10%                               |
| 30729173          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Dos Metatarsianos                                 | 10%                               |
| 30729173          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Dos Pododactilos                                  | 10%                               |
| 30725070          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Proximal (Colo) Do Femur (Sintese)                | 10%                               |
| 30718058          | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisaria Supracondiliana 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 Coccix                             | 10%                               |



| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                             |     |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30724180                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura / Luxação Coxofemoral C/ Fratura Da Epífise Femoral         | 10% |
| 30728100                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Bimaleolar / Trimaleolar / Da Fratura- Luxação Do Tornozelo | 10% |
| 30717108                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Da Clavícula                                                | 10% |
| 30727138                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Da Diáfise Da Tíbia                                         | 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 Diafisaria De Ambos Os Ossos Do Antebraço (C/ Síntese)      | 10% |
| 30720095                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Diafisaria Única Do Rádio / Da Ulna                         | 10% |
| 30729157                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Do Calcâneo                                                 | 10% |

| CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS |                                                                                |                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Código TUSS                        | PROCEDIMENTOS                                                                  | (%) SOBRE CAPITAL SEGURO |
| 30717108                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Do Colo E Cavidade Glenoide De Escápula        | 10%                      |
| 30717108                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Do Corpo De Escápula                           | 10%                      |
| 30209056                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Do Crânio Com Afundamento                      | 10%                      |
| 30207010                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Do Osso Zigomático Sem Osteossíntese           | 10%                      |
| 30727138                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Do Píleo 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 Unimaleolar                       | 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 Tíbia                  | 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 Subtrocanteriana                               | 10%                      |
| 30725127                           | Tratamento Cirúrgico De Fratura Supracondileana Do Fêmur (Metáfise Distal)     | 10%                      |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                |     |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30725127 | Tratamento Cirúrgico De FraturaTranstrocanteriana                                              | 10% |
| 30720117 | Tratamento Cirúrgico De FraturaViciosamente 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 HaluxValgus C/ Osteotomia Do Primeiro Osso Metatarsiano                | 10% |
| 31401309 | Tratamento Cirúrgico De Hematoma Intracerebral                                                 | 20% |
| 31401309 | Tratamento Cirúrgico De Hematoma Intracerebral (ComTécnica Complementar)                       | 20% |
| 31401309 | Tratamento Cirúrgico De Hematoma Subdural Agudo                                                | 20% |
| 31009263 | Tratamento Cirúrgico De Hernia Muscular                                                        | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                       | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 31203043          | Tratamento Cirúrgico De Hidrocele                                                          | 10%                               |
| 31301096          | Tratamento Cirúrgico De Hipertrofia Dos Pequenos Lábios                                    | 10%                               |
| 31103332          | Tratamento Cirúrgico De Incontinência Urinaria PorViaVaginal                               | 10%                               |
| 31103359          | Tratamento Cirúrgico De Incontinência UrinariaVia Abdominal                                | 10%                               |
| 30726255          | Tratamento Cirúrgico De Infecção Em Artroplastia Das Médias / Pequenas Articulações        | 20%                               |
| 30724066          | Tratamento Cirúrgico De Infecção Pósartroplastia (Grandes Articulações)                    | 10%                               |
| 30721237          | Tratamento Cirúrgico De Lesão Aguda Capsuloligamentar Do Membro Superior: Cotovelo / Punho | 10%                               |
| 30726247          | Tratamento Cirúrgico De Lesão Aguda Capsuloligamentar 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%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                            |     |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30725054 | Tratamento Cirúrgico De Lesão Evolutiva Fisária No Membro Inferior                         | 10% |
| 30719089 | Tratamento Cirúrgico De Lesão Evolutiva Fisaria 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 Abdomen                           | 10% |
| 30101140 | Tratamento Cirúrgico De Linfedema                                                          | 10% |
| 30729319 | Tratamento Cirúrgico De Linfedema Ao Nível Do Pé                                           | 10% |
| 30729173 | Tratamento Cirúrgico De Luxação / Fratura-Luxação Metatarso-Falangiana / Inter- Falangiana | 10% |
| 30717108 | Tratamento Cirúrgico De Luxação / Fratura-Luxação Acromio-Clavicular                       | 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% |

| <b>CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS</b> |                                                                                                  |                                   |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>CódigoTUSS</b>                         | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                             | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
| 30722411                                  | Tratamento Cirúrgico De Luxação /Fratura-Luxação Metacarpo-Falangiana                            | 10%                               |
| 30729173                                  | Tratamento Cirúrgico De Luxação / Fratura-Luxação Metatarso Interfalangeana                      | 10%                               |
| 30729157                                  | Tratamento Cirúrgico De Luxação / Fratura-Luxação Subtalar E Intra- Társica                      | 10%                               |
| 30729157                                  | Tratamento Cirúrgico De Luxação / Fratura-LuxaçãoTarso-Metatarsica                               | 10%                               |
| 30724180                                  | Tratamento Cirúrgico De Luxação Coxo-FemoralTraumática / Pos-Artroplastia                        | 10%                               |
| 30719100                                  | Tratamento Cirúrgico De Luxação Ou Fratura-Luxação Do Cotovelo                                   | 10%                               |
| 30717108                                  | Tratamento Cirúrgico De Luxação Recidivante / Habitual De Articulação Escápuloumeral             | 10%                               |
| 30729084                                  | Tratamento Cirúrgico De Metatarso PrimoVaro                                                      | 10%                               |
| 30301017                                  | Tratamento Cirúrgico De Miiase 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 Hemiface)                                 | 10%                               |
| 30501270                                  | Tratamento Cirúrgico De Perfuração Do Septo Nasal                                                | 10%                               |
| 30728177                                  | Tratamento Cirúrgico De Pseudartrose / Retardo De Consolidação / Perda Óssea Ao Nível DoTarso    | 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 DiáfiseTibial    | 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 RegiãoTrocanter  | 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%                               |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                 |     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30725011 | Tratamento Cirúrgico De Pseudartrose / Retardo De Consolidação / Perda Óssea Metáfise Distal Do | 10% |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                          | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30726220          | Tratamento Cirúrgico De Pseudartrose / Retardo De Consolidação Ao Nível Do Joelho             | 10%                               |
| 30727014          | Tratamento Cirúrgico De Pseudartrose / Retardo De Consolidação/ Perda Óssea Da MetáfiseTibial | 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 Ível Do Carpo          | 10%                               |
| 31001262          | Tratamento Cirúrgico De Refluxo Gastroesofagico                                               | 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%                               |
| 30101751          | Tratamento Cirúrgico De Retração Cicatricial Dos Dedos Da Mão/ Pé S/ ComprometimentoTendinoso | 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 EmTunel Osteo- Fibroso Ao Nivel Do Carpo         | 10%                               |
| 30720168          | Tratamento Cirúrgico De Sinostose Rádio Ulnar                                                 | 10%                               |
| 31203108          | Tratamento Cirúrgico DeTorcao DoTesticulo / Do Cordao Espermatocico                           | 10%                               |
| 31102255          | Tratamento Cirúrgico De Ureterocele                                                           | 10%                               |
| 31203124          | Tratamento Cirúrgico DeVaricocele                                                             | 10%                               |
| 30907136          | Tratamento Cirúrgico DeVarizes (Bilateral)                                                    | 10%                               |
| 30907144          | Tratamento Cirúrgico DeVarizes (Unilateral)                                                   | 10%                               |
| 31001238          | Tratamento Cirúrgico Do Divertículo Esofágico                                                 | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                  |     |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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 Nao Estetico Da Orelha                                      | 10% |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>CódigoTUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                               | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 30722306          | Tratamento Cirúrgico P/ Reparações De Perda De Substancia Da Mão                                                   | 10%                               |
| 30726166          | Tratamento Das Lesões Osteo-Condrais Por Fixação Ou Mosaicoplastia Joelho/Tornozelo                                | 10%                               |
| 30804140          | Tratamento De Coagulo Retido Intratoracico (QualquerVia)                                                           | 10%                               |
| 30917034          | Tratamento De Contusao Miocardica                                                                                  | 20%                               |
| 31403166          | Tratamento De Dor Por Estereotaxia                                                                                 | 10%                               |
| 30917034          | Tratamento De Ferimento Cardíaco Perfuro-Cortante                                                                  | 20%                               |
| 30602114          | Tratamento De Ginecomastia Ou Pseudoginecomastia Em Paciente C/ Lipodistrofia Decorrente Do Uso De Anti-Retroviral | 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 Estagios Subsequentes De Enxertia                                                                    | 10%                               |
| 31403360          | Tratamento Microcirúrgico Das Neuropatias Compressivas (Tumoral, Inflamatório, Etc)                                | 10%                               |
| 31403115          | Tratamento Microcirúrgico DeTumor De Nervo Periferico / Neuroma                                                    | 10%                               |
| 30804140          | Tratamento Operatório Da Hemorragia Intrapleural                                                                   | 10%                               |
| 31401082          | Trepanacao Craniana Para Propedêutica OuTerapêutica NeuroCirúrgica                                                 | 10%                               |
| 30906032          | Troca De Arco Aortico                                                                                              | 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 ParaTratamento De Isquemia Mesentérica                                 | 10%                               |
| 30101913          | Tu Partes Moles - Exérese                                                                                          | 20%                               |
| 30302137          | Tumor De Órbita - Exérese                                                                                          | 10%                               |
| 30732123          | Tumor Ósseo (Ressecção Segmentar)                                                                                  | 10%                               |



**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

|          |                                                                                                     |      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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 Videoartroscópico De Punho E Túnel Do Carpo           | 10%  |
| 30901090 | Unifocalização De Ramos Da Arteria Pulmonar C/ Circulação Extracorpórea                             | 100% |
| 30901090 | Unifocalização De Ramos Da Arteria Pulmonar S/ Circulação Extracorpórea                             | 100% |
| 31102247 | Ureterectomia                                                                                       | 10%  |

**CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS**

| <b>Código TUSS</b> | <b>PROCEDIMENTOS</b>                            | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 31102247           | Ureterectomia Unilateral                        | 10%                               |
| 31102255           | Ureterocele Unilateral - Ressecção A Céu Aberto | 10%                               |
| 31102344           | Ureteroenteroplastia                            | 10%                               |
| 31102301           | Ureterolitotomia                                | 10%                               |
| 31102301           | Ureterolitotomia 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 Autóloga                          | 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           | Valvuloplastia Pulmonar Percutânea              | 20%                               |
| 30912245           | Valvuloplastia Tricúspide Percutânea            | 20%                               |
| 31203124           | Varicocele Unilateral - Correção Cirúrgica      | 10%                               |
| 30907144           | Varizes - Tratamento Cirúrgico De Um Membro     | 10%                               |
| 30903041           | Ventriculectomia Parcial - Em Coronariopatias   | 100%                              |



### CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS COBERTOS

|          |                                                           |      |
|----------|-----------------------------------------------------------|------|
| 40814092 | Vertebroplastia Por Dispositivo Guiado Dois Níveis        | 100% |
| 40814092 | Vertebroplastia Por Dispositivo Guiado Em Um Nível        | 100% |
| 40814092 | Vertebroplastia Por Dispositivo Guiado Três Níveis        | 100% |
| 30307120 | Vitrectomia Posterior                                     | 10%  |
| 30307120 | Vitrectomia Vias Pars Plana                               | 10%  |
| 31301126 | Vulvectomy Ampliada (Não Inclui A Linfadenectomia)        | 20%  |
| 31301126 | Vulvectomy Ampliada C/ Linfadenectomia                    | 10%  |
| 31301088 | Vulvectomy Parcial Em Oncologia                           | 10%  |
| 31301126 | Vulvectomy 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-existentes 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 decorrentes de hérnias de qualquer natureza, com exceção para hérnia diafragmática e hérnia de disco e, quando encarceradas ou estranguladas: herniorrafia crural, inguinal ou epigástrica
- p)** procedimentos relacionados ou com finalidade de tratamento de infertilidade/fertilidade/esterilização ou mesmo impotência sexual, incluindo congelamento de óvulos;
- q)** procedimentos odontológicos, inclusive gengivais e alveolares
- r)** procedimentos decorrentes de atos dolosos cometidos pelo Segurado;
- s)** procedimentos decorrentes da prática profissional de esportes;
- t)** procedimentos de diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- u)** procedimentos para miopia, astigmatismo presbiopia, hipermetropia ou catarata;
- v)** procedimentos restritos ao nariz, dentre os quais: rinosinusite, sinusectomia, harmonização nasal ou polipectomia;
- w)** procedimentos por acidentes que ocorreram fora do período de Cobertura, mesmo que reparador ou por complicação;
- x)** procedimentos experimentais ou que não são aprovados pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina;
- y)** procedimentos realizados por técnicas de Artroscopia ou tratamento cirúrgico necessário devido a utilização de procedimento de Artroscopia;
- z)** procedimentos relacionados ao tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e/ou causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), independentemente da forma e de quando foi adquirida.



## 5. VIGÊNCIA

**5.1.** A vigência será definida considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente, no momento da contratação ou da Renovação Automática não poderá ultrapassar 80 (oitenta) anos.

**5.2.** 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 7.2 das Condições Gerais.

## 6. CAPITAL SEGURADO

**6.1.** O 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 destas Condições Especiais.

**6.3.** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data de realização da Cirurgia Coberta.

## 7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

**7.1.** Esta Cobertura será automaticamente cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária;
- b) quando o Segurado completar 80 (oitenta) anos de idade
- c) modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou
- d) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.

## 8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

**8.1.** O pagamento do Capital Segurado decorrente da presente Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados no item 6.2, abaixo informada 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 autenticadas 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.** A Seguradora poderá solicitar a seu critério documentos e/ou exames complementares para regulação do Sinistro.

**8.4.** O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado. O Capital Segurado será pago ao Segurado de forma única e integral.

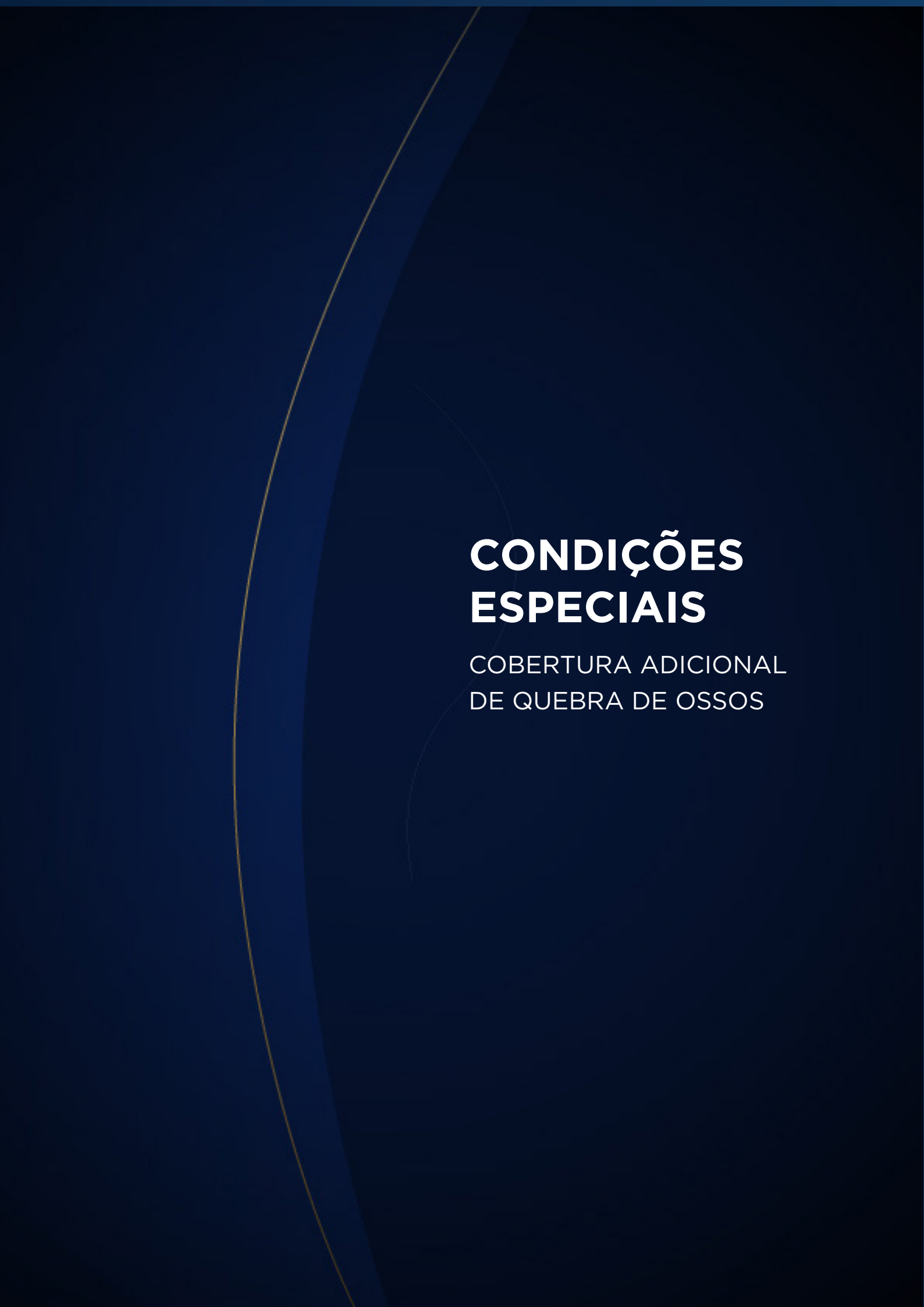
**8.5.** Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento do Capital Segurado, se este já era de direito, o valor será pago a seus Beneficiários, conforme a legislação vigente.

## 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

## 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 e o Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, conforme previstos nestas 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 consequente 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 Segurado 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.

**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.** As fraturas cobertas estão listadas 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%                        |

| FRATURAS COBERTAS                                | (%) SOBRE CAPITAL SEGURADO |
|--------------------------------------------------|----------------------------|
| 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%                       |

| <b>FRATURAS COBERTAS</b>                 | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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%                               |

| <b>FRATURAS COBERTAS</b>                                           | <b>(%) SOBRE CAPITAL SEGURADO</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 destas Condições Especiais.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1.** Além das exclusões previstas na Cláusula 3 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídos desta Cobertura os Eventos e/ou as fraturas 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 da data da contratação do Seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do Seguro;
- f) quaisquer doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do Segurado;
- 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), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, exceto quando for comprovado que derivam diretamente do trabalho do Segurado;
- 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 considerando que a soma do prazo mais a idade do Proponente, no momento da contratação ou da Renovação Automática, não poderá ultrapassar 80 (oitenta) anos.

**4.2.** 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 7.2 das Condições Gerais.

#### 5. CAPITAL SEGUADO

**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.

**5.2.3.** 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 5.2.1.

**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 2.7 destas Condições Especiais.

**5.3.1.** Em hipótese alguma o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de Sinistros, conforme previsto na Cláusula 5.2.1, será ultrapassado, caracterizando um pagamento superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado vigente.

**5.3.2.** 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.

**5.3.3.** 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.

**5.3.4.** Durante a Vigência do Seguro, será possível realizar a indenização de um mesmo tipo de fratura de ossos, conforme tabela do item 2.8, 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 5.3.2 destas Condições Especiais.

## **6. CANCELAMENTO DA COBERTURA**

**6.1.** Esta Cobertura será automaticamente cancelada nas seguintes hipóteses:

- a) cancelamento da Cobertura Básica de Morte – Cobertura Temporária;
- b) quando o Segurado completar 80 (oitenta) anos de idade;
- c) modificação da Apólice para Seguro com Valor Saldado; ou
- d) com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta Cobertura Adicional.

## **7. REGULAÇÃO E 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 autenticadas 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](http://www.omint.com.br)