

PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.900319/2017-07

STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	6
2. DEFINIÇÕES	6
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS:.....	12
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	13
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	13
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	14
8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO	14
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	16
10.VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	16
11.CAPITAL SEGURADO	17
12.ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO	17
13.CUSTEIO DO SEGURO.....	17
14.PAGAMENTO DE PRÊMIO	18
15.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	21
16.CANCELAMENTO DO SEGURO.....	21
17.CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	22
18.PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	23
19.LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	23
20.JUNTA MÉDICA.....	26
21.PERÍCIA DA SEGURADORA.....	27
22.PERDA DE DIREITOS	27
23.BENEFICIÁRIOS.....	28
24.CONDIÇÕES DE EMBARGOS E SANÇÕES	29
25.ALTERAÇÃO DO SEGURO	30
26.MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	31
27.PRESCRIÇÃO.....	31
28.FORO.....	31

COBERTURA DE MORTE – M	32
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA.....	33
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME - MAC.....	35
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE TRANSPORTE COLETIVO - MATC.....	36
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - MAT.....	37
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA.....	39
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA – IPAM.	44
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME - IPAC	49
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO - IPATC	53
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - IPAT	57
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA.....	62
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD	65
COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA - ILPD.....	73
COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL - DT	75
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PLANO 1 – DG1	77
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PLANO 2 – DG2	82
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PLANO 3 – DG3	89
COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT	97
COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS - DCF	98
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS - DMHO.....	100
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE - DIHA..	102
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - DIHAD	105
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – UTI – DIH-UTI-A.....	108
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA – UTI – DIH-UTI-AD	111
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO - DI	114
COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA	116
COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - DITAD	119
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - ITTA.....	122

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA-ITTAD.....	125
COBERTURA DE FRATURA DE OSSOS - ACIDENTE	129
COBERTURA DE QUEIMADURAS GRAVES.....	132
COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR DOENÇA - PVD	135
COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE - PVA.....	137
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - AXF	139
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE - AXF	142
COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA - AXCB	145
COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - AXCBA.....	147
COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE - AXN.....	149
COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL - AXE.....	151
COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL POR ACIDENTE - AXEA.....	152
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - CASAMENTO	153
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - DIVÓRCIO.....	154
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - GRADUAÇÃO.....	155
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – MUDANÇA DE RESIDÊNCIA.....	156
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – ADOÇÃO	157
COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO - AME	158
COBERTURA DE COMA	160
COBERTURA DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA EM CASO DE ACIDENTE.....	162
COBERTURA DE BENEFÍCIO POR AGRESSÃO CRIMINOSA OU CRIME VIOLENTO	164
COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA - DIA.....	169
COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA OU VEÍCULO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	170
COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)	171
COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – HEPATITE B OU C	173
COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE	175
COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE POR ACIDENTE.....	176
COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL.....	177
COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL POR ACIDENTE.....	178
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS - IEFP	179
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS POR ACIDENTE - IEFPA.....	181
COBERTURA DE NÃO COMPARECIMENTO.....	183

COBERTURA DE CIRURGIA.....	187
COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL E PERMANENTE DECORRENTE DE INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS	190
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA DECORRENTE DE INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS	194

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado ao próprio segurado ou ao seu beneficiário, em função da ocorrência de evento coberto pelas coberturas contratadas, indicadas na proposta de contratação e de adesão, durante o período de vigência do seguro e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4. As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo SUSEP constante nas condições contratuais do seguro.
- 1.5. O Segurado também poderá utilizar a plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores supervisionados, pessoas físicas ou jurídicas, pelo site www.consumidor.gov.br.
- 1.6. **Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a cobertura do seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das condições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão dos termos técnicos utilizados nestas condições contratuais, incluímos uma relação com os principais termos utilizados, a qual passa a fazer parte integrante das condições contratuais.

- 2.1. **ACIDENTE PESSOAL:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.
- 2.2. **APÓLICE:** é o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 2.3. **AUTÔNOMO:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício e por conta própria e com assunção de seus próprios riscos.
- 2.4. **AVISO DE SINISTRO:** é a comunicação imediata da ocorrência de um sinistro que o Segurado está obrigado a fazer à seguradora, por si ou por seu representante, no momento em que tome conhecimento dele.
- 2.5. **BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

- 2.6. **CAPITAL SEGURADO:** é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.
- 2.7. **CARÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.
- 2.8. **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** é o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.
- 2.9. **COBERTURAS:** são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.
- 2.10. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** é o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 2.11. **CONDIÇÕES GERAIS:** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.
- 2.12. **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.13. **CONSIGNANTE:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.
- 2.14. **CONTRATO DE SEGURO:** é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos Segurados, e dos beneficiários.
- 2.15. **CORRETOR:** é a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
- 2.16. **CRIME:** para efeito de cobertura por este seguro, são os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte ou a invalidez permanente do Segurado.
- 2.17. **DECLARAÇÃO MÉDICA:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico do segurado ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.18. **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE:** é o documento em que o proponente, pessoa física, presta informações relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela seguradora para avaliação do risco e na regulação de evento coberto.
- 2.19. **DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:** é o valor contratado pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade temporária.

- 2.20. **DOENÇA:** para fins das coberturas de incapacidade temporária, é o distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 2.21. **DOENÇA CRÔNICA:** doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.
- 2.22. **DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL:** é aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.23. **DOENÇA PREEXISTENTE:** é toda doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta, inclusive as congênitas, que o segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro.
- 2.24. **DOENÇA PROFISSIONAL:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.25. **DOLO:** é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 2.26. **ESTIPULANTE:** é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor
- 2.27. **EVENTO:** toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por uma apólice de seguro. No caso específico das Condições Especiais da Cobertura de Não Comparecimento, é o termo utilizado para nomear genericamente o acontecimento (show, filme, sessão de cinema ou teatro, festival, curso, workshop, feira, conferência, evento esportivo como corrida, maratona, jogo, evento de tecnologia e meetup, evento religioso, festa, comemoração, solenidade, etc.).
- 2.28. **EVENTO COBERTO:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas.
- 2.29. **FRANQUIA:** pode ser definida como um percentual do capital segurado da cobertura ou um valor fixo, correspondente a participação do segurado nas despesas indenizáveis decorrentes de sinistros cobertos, ou, ainda, um período em dias durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.
- 2.30. **GRUPO SEGURADO:** é o conjunto de pessoas físicas do grupo segurável, efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.31. **GRUPO SEGURÁVEL:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.32. **HOSPITAL:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**

- 2.33. **INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA:** é a incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 2.34. **INDENIZAÇÃO:** é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.
- 2.35. **MÉDICO:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro **não poderá ser o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, ou alguém que residir com o segurado, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- 2.36. **MEIOS REMOTOS:** são aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 2.37. **PASSAGEIRO:** é o Segurado que esteja a bordo de transporte coletivo público, desde que não seja na condição de tripulante. No caso de transporte aéreo, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.
- 2.38. **PERDA DE RENDA:** quando o segurado, em decorrência de incapacidade física total e temporária, passa a não receber qualquer forma de renda oriunda de sua atividade profissional.
- 2.39. **PRÊMIO:** é o valor pago à seguradora para que esta assumira os riscos cobertos pelo seguro.
- 2.40. **PROFISSIONAL AUTÔNOMO E/OU LIBERAL:** para fins deste seguro, são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.
- 2.41. **PROPONENTE:** é o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.42. **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente pessoa física expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.43. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.44. **PRO RATA TEMPORIS:** é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.
- 2.45. **RISCO:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- 2.46. **RISCO COBERTO:** risco previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização do seguro.

- 2.47. **RISCOS EXCLUÍDOS:** eventos preestabelecidos nas condições gerais e especiais do seguro, que isentam a seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.
- 2.48. **SEGURADO:** é a pessoa física sujeita ao risco.
- 2.49. **SEGURADO DEPENDENTE:** é o cônjuge ou o filho do segurado principal incluído no seguro por meio das cláusulas suplementares.
- 2.50. **SEGURADO PRINCIPAL:** é a pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.
- 2.51. **SEGURADORA:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas condições gerais é a **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**
- 2.52. **SINISTRO:** é a ocorrência do evento coberto durante a vigência do seguro.
- 2.53. **TRANSPORTE COLETIVO PÚBLICO:** é qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
- 2.54. **VIGÊNCIA DO SEGURO:** é o período fixado para validade do seguro, durante o qual a apólice de seguro está em vigor.
- 2.55. **VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL:** é o período estabelecido no certificado individual em que o segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. As coberturas deste seguro são as mencionadas a seguir, e estão descritas nas respectivas condições especiais:
- Morte - M
 - Morte Acidental - MA
 - Morte Acidental decorrente de Crime - MAC
 - Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo - MATC
 - Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito - MAT
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada - IPAM
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Crime - IPAC
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo - IPATC
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito - IPAT
 - Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
 - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
 - Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença - ILPD
 - Doença Terminal - DT
 - Doenças Graves - Plano 1 – DG1
 - Doenças Graves - Plano 2 – DG3

- Doenças Graves - Plano 3 – DG3
- Rescisão Trabalhista – RT
- Doenças Congênitas de Filhos – DCF
- Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas – DMHO
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIHA
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - UTI – DIH-UTI-A
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI – DIH-UTI-AD
- Desemprego Involuntário - DI
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DITAD
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente - ITTA
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – ITTAD
- Fratura de Ossos – Acidente
- Queimaduras Graves
- Perda de Visão por Doença - PVD
- Perda de Visão por Acidente - PVA
- Auxílio Funeral – AXF
- Auxílio Funeral por Acidente - AXFA
- Auxílio Cesta-Básica – AXCB
- Auxílio Cesta-Básica por Acidente – AXCBA
- Auxílio Natalidade – AXN
- Auxílio Emergencial – AXE
- Auxílio Emergencial por Acidente – AXEA
- Eventos da Vida – Casamento
- Eventos da Vida – Divórcio
- Eventos da Vida – Graduação
- Eventos da Vida – Mudança de Residência
- Eventos da Vida – Adoção
- Auxílio Medicamento - AME
- Coma
- Cirurgia Plástica Estética em Caso de Acidente
- Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento
- Despesas com Assistência à Infância - DIA
- Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente
- Lesão Ocupacional - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
- Lesão Ocupacional - Hepatite
- Reciclagem Profissional do Cônjuge
- Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente

- Despesas de Treinamento Vocacional
 - Despesas de Treinamento Vocacional por Acidente
 - Indenização Especial de Filhos Póstumos - IEFP
 - Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente – IEFPA
 - Não Comparecimento
 - Cirurgia
 - Invalidez Laborativa Total e Permanente Decorrente de Intercorrências Cirúrgicas
 - Incapacidade Física Total e Temporária Decorrente de Intercorrências Cirúrgicas
- 3.2. Cláusulas suplementares
- Inclusão de Cônjuge – IC
 - Inclusão de Filhos – IF
- 3.3. As coberturas poderão ser contratadas livremente, respeitando-se as conjugações de planos estabelecidas no contrato de seguro. As cláusulas suplementares estarão vinculadas às coberturas contratadas para o segurado principal.
- 3.4. **Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou segurado dependente.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS:

- 4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:**
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão;
 - d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência do certificado de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
 - f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
 - g) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) ato terrorista ou relacionado a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;
- k) eventos ocorridos antes da contratação do seguro ou durante o período de carência da cobertura, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- l) acidentes em que o segurado seja o condutor do veículo, e seja comprovado que o segurado estava sob efeito de álcool e/ou entorpecentes;
- m) autolesão voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- n) viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados;
- o) riscos garantidos por coberturas não contratadas.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas condições contratuais do seguro.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1. É facultada a fixação de carência para as coberturas deste seguro, desde que estabelecidas nas condições contratuais e constantes do Certificado Individual.
- 6.1.1. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.
 - 6.1.2. O período de carência será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.
 - 6.1.3. Para a cobertura Auxílio Natalidade – AXN haverá um prazo de carência mínimo de 9 meses a contar do início de vigência da cobertura, ou de sua recondução depois de suspenso.
 - 6.1.4. A seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

- 6.1.5. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.
- 6.1.6. Caso o grupo segurado seja transferido de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características.
- 6.2. As coberturas de Doenças Graves – Plano 1 – DG1, Doenças Graves – Plano 2 – DG2, Doenças Graves – Plano 3 – DG3, Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas – DMHO, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIHA, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - UTI – DIH-UTI-A, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI – DIH-UTI-AD, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DITAD, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente – ITTA, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – ITTAD, Não Comparecimento e Incapacidade Física Total e Temporária Decorrente de Intercorrências Cirúrgicas estão sujeitas às franquias definidas nas condições contratuais e constantes do Certificado Individual.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. O contrato e a proposta de contratação deverão ser assinados obrigatoriamente pelo estipulante e/ou seu representante legal.
- 7.2. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da proposta de contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 7.3. A seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da proposta de contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.
- 7.4. A não aceitação da proposta de contratação, por parte da seguradora, será comunicada por escrito ao estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.
- 7.5. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio, pago antecipadamente pelo estipulante, até a data da formalização da recusa da proposta de contratação, haverá garantia pelo seguro.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 8.1. A contratação do presente seguro é coletiva, e a inclusão dos Segurados na Apólice se dará por meio da proposta de adesão assinada pelo proponente ou seu representante. As condições gerais e especiais deste seguro deverão estar à disposição dos proponentes e segurados.

- 8.1.1. A adesão ao seguro também poderá ser feita por meios remotos, ou seja, por meio de login e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente ou seu representante legal em ambiente seguro, ou por tecnologia de identificação biométrica. Quando intermediada por corretor, a contratação implicará no fornecimento de login e senhas individualizadas para o corretor e para o proponente.
 - 8.1.1.1. A seguradora enviará ao proponente ou seu representante legal, pelo meio remoto utilizado, os protocolos e as demais informações previstas na legislação e regulamentação em vigor.
 - 8.1.1.2. O segurado terá garantida a possibilidade de imprimir o Certificado Individual ou, mediante solicitação verbal à seguradora a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física.
 - 8.1.1.3. Na contratação por meios remotos, o proponente poderá desistir do seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da formalização da proposta de adesão mediante requerimento físico entregue junto à seguradora, ou ainda por meios remotos com o fornecimento de protocolo. Se o proponente exercer o direito de arrependimento previsto nesta cláusula, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos de imediato, respeitado o meio de pagamento utilizado pelo proponente, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.
- 8.2. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 8.3. Serão incluídos no seguro somente os segurados titulares e seus dependentes, conforme autorização na proposta de adesão, desde que observadas as condições de aceitação determinadas no contrato de seguro e nestas condições gerais.
- 8.4. Poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao grupo segurável que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.
- 8.5. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta de adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.
- 8.6. A seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela seguradora das informações adicionais.
- 8.7. É facultado à seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.
- 8.8. Decorrido o prazo estipulado no item 8.5 sem que tenha havido manifestação da seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 8.9. Caso a proposta de adesão não seja aceita pela seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.

- 8.10. Os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice, e desde que não tenham sido beneficiados pela Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD ou pela cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença - ILPD, podem ser mantidos no seguro, desde que previsto em contrato, com o devido pagamento do prêmio, sem redução de seu capital segurado.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. O início de vigência da apólice será estabelecido na proposta de contratação.
- 9.1.1. O início e término de vigência da apólice de seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas.
- 9.1.2. O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente. A cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice ou do respectivo certificado individual, se este não for renovado.
- 9.1.3. **Para a cobertura de Não Comparecimento o término de vigência se dará na data prevista de realização do acontecimento coberto.**
- 9.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo o previsto no item 9.2.1. ou se o estipulante ou a seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final de vigência da apólice.
- 9.2.1. **Para a cobertura de Não Comparecimento não haverá renovação.**
- 9.2.2. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do estipulante, dos segurados e da seguradora.
- 9.2.3. **A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo estipulante, exclusivamente.**
- 9.3. Caso a seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o estipulante com 30 (trinta) dias de antecedência do final de vigência da apólice.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1. A seguradora emitirá e enviará o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
- 10.1.1. **Nos casos de adesão por meios remotos, a seguradora disponibilizará o certificado individual para impressão ou “download” do documento pelo Cliente.**
- 10.2. O início e o término de vigência do seguro, às 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, desde que o Proponente seja aceito, será estabelecido contratualmente e especificado no certificado individual.

- 10.3. Os seguros cujas propostas sejam recepcionadas sem o adiantamento do pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data da aceitação da proposta de adesão ou em data distinta, desde que expressamente acordada no contrato.
- 10.4. Os seguros cujas propostas sejam recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta de adesão pela sociedade seguradora.

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1. Os capitais segurados de cada uma das coberturas contratadas serão aqueles definidos no contrato e/ou na proposta de adesão, e constarão do certificado individual.
- 11.2. O capital segurado corresponde à importância máxima vigente na data do evento a ser paga pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.

12. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

- 12.1. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados serão reajustados anualmente na data de aniversário do seguro, com base na variação salarial praticada no período ou atualizados monetariamente, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
 - 11.1.1. Para efeito de atualização monetária poderá ser utilizada a variação anual acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE, observada até o mês que antecede ao do aniversário do seguro, ou de outro índice calculado com base na variação de fatores objetivos indicados no contrato de seguro.
 - 11.1.2. Os capitais segurados custeados mediante o pagamento de prêmio único ou anual serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador.
 - 11.1.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 12.2. Os seguros com vigência igual ou inferior a um ano não terão atualização de valores.

13. CUSTEIO DO SEGURO

- 13.1. Para fins deste seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:
 - a) **não contributário:** aquele em que os segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao estipulante;
 - b) **contributário:** aquele em que os segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 14.1. Para garantir o direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.
- 14.2. O pagamento dos prêmios poderá ser feito em parcela única, de forma periódica (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual) ou de forma parcelada, conforme definido no contrato e no certificado individual.
- 14.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.
- 14.4. **O não pagamento do prêmio à vista, no caso de parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela, na data prevista no documento de cobrança, acarretará o cancelamento do seguro 10 (dez) dias após a comunicação prévia ao Segurado, no caso de seguro contributivo, ou ao estipulante.**
- 14.5. **No caso de seguro contributivo, e pagamento de forma periódica (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual), decorrido o prazo de pagamento das demais parcelas após a primeira sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura do seguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até um período máximo de 60 (sessenta) dias, sendo cancelado o prêmio proporcional ao período da suspensão. Se ocorrer um sinistro, o segurado e/ou beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das coberturas contratadas.**
 - 14.5.1. **Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do Certificado Individual 10 (dez) dias após a comunicação prévia ao Segurado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**
 - 14.5.2. **A reabilitação do seguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.**
- 14.6. **No caso de seguro não contributivo, o não pagamento da parcela de prêmio na data do vencimento constitui o estipulante em mora, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.**
 - 14.6.1. **Em havendo parcelas de prêmio não pagas, o recebimento pela seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o estipulante em mora desde a data do vencimento da parcela não paga mais antiga.**
 - 14.6.2. **Se o estipulante permanecer inadimplente (não efetuar o pagamento) por período superior ao estabelecido no contrato de seguro, a Apólice será cancelada.**
- 14.7. Nos casos de fracionamento do prêmio:
 - 14.7.1. Não será cobrado qualquer valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

- 14.7.2. Quando houver parcelamento com juros, estará garantida ao Segurado a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.
- 14.7.3. **Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, de forma proporcional (“pro rata temporis”).**
- 14.7.4. A seguradora, obrigatoriamente, informará ao Segurado ou ao seu representante legal, pelo meio de comunicação formal preferencial informado na proposta, o novo prazo de vigência ajustado.
- 14.7.4.1. O novo prazo de vigência não será anterior à data de vencimento da parcela não quitada em seu vencimento ou à data correspondente ao prazo de 10 (dez) dias após a comunicação formal.
- 14.7.5. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da cobertura.
- 14.7.6. **Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a cobertura do seguro cessa automaticamente de acordo com o item 17.1.**
- 14.8. Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 14.9. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 14.10. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).
- 14.10.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 14.10.2. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando, de forma proporcional, a parte correspondente ao período em que vigorou a cobertura.
- 14.11. **De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.**

- 14.12. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.
- 14.13. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado e/ou pelo estipulante, por meio de ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas condições contratuais. Outra forma de pagamento poderá ser definida mediante acordo entre seguradora e estipulante e deverá constar do contrato.
- 14.14. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas nas condições contratuais. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante, no caso dos seguros contributários, não causará qualquer prejuízo aos Segurados no que se refere às coberturas e demais direitos.
- 14.15. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.
- 14.16. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou subestipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice ou do certificado individual, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado. Nesses casos, se o segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.
- 14.17. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.
- 14.18. No caso de contratação do seguro por meios remotos, a seguradora enviará as informações sobre vencimentos das parcelas, atrasos e confirmação de pagamento pelo meio escolhido pelo segurado. A confirmação de quitação do primeiro pagamento com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação ou renovação do seguro.
- 14.19. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

15. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

15.1. Constituem obrigações do estipulante:

- I. Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II. Manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- III. Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- IV. Repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- VII. Comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e;
- X. Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

15.2. É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:

- I. Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- II. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 16.1. A apólice de seguro ficará automaticamente cancelada na hipótese de falta de pagamento do prêmio, conforme previsto no item “14. PAGAMENTO DE PRÊMIO”.
- 16.2. A apólice pode ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

- 16.3. No caso de cancelamento do seguro pago em parcela única ou forma periódica, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao período em que vigorou a cobertura. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio calculado de forma proporcional ao período em que vigorou a cobertura.
- 16.3.1. Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.
- 16.3.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 16.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 17.1. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência do Certificado Individual ou da Apólice, se esta não for renovada.**
- 17.2. **A cobertura do Segurado cessa, ainda:**
- a) **Com o falecimento do segurado;**
 - b) **Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, salvo disposição em contrário no contrato de seguro;**
 - c) **Com o recebimento de uma indenização por invalidez permanente total em qualquer cobertura, pelo diagnóstico de doença terminal, pelo primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou por perda de visão por doença ou acidente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados monetariamente; ou**
 - d) **Quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio;**
 - e) **Com a falta de pagamento do prêmio, conforme previsto no item “14. PAGAMENTO DE PRÊMIO”;**
 - f) **Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;**
 - g) **Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, no ato da contratação ou durante a vigência do seguro; ou**
 - h) **Quando a seguradora cancelar o seguro, nos casos previstos no item “22. PERDA DE DIREITOS”.**

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 18.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, beneficiário ou seu representante.
- 18.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) **Do segurado:**
- RG (cópia autenticada);
 - CPF (cópia autenticada);
 - Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia autenticada do documento atualizado com averbação do óbito);
 - Comprovante de residência com referência nominal ao Segurado;
 - Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu beneficiário;
 - Declaração de Herdeiros.
- b) **Do(s) beneficiário(s):**
- Pais: RG, CPF e comprovante de residência (cópias autenticadas);
 - Cônjuge: Certidão de Casamento, RG, CPF e comprovante de residência (cópias autenticadas);
 - Companheira (o): RG, CPF, comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS e comprovante de residência (cópias autenticadas);
 - Filhos: Certidão de Nascimento, RG e comprovante de residência, sendo que:
 - I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- c) Autorização para pagamento da indenização por meio de crédito em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora).
- 18.3. **Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das condições especiais das coberturas contratadas.**

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 19.1. As indenizações referentes a este seguro serão efetuadas no Brasil em moeda nacional e parcela única ao Segurado, salvo disposição em contrário nas condições especiais da cobertura.

- 19.2. As despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do Segurado, com exceção dos exames solicitados pela Seguradora, ou de providências pela mesma determinada. Os encargos de tradução ficarão a cargo da Seguradora.
- 19.3. **As indenizações devidas pelo falecimento do Segurado e por invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se depois de indenizada uma invalidez permanente verificar-se o falecimento do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo falecimento deduzida da importância total já paga pela invalidez permanente.**
- 19.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o recebimento da comunicação do evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.
- 19.5. O pagamento de indenização por uma cobertura não significa o reconhecimento da cobertura por qualquer outra cobertura envolvendo o mesmo evento gerador.
- 19.6. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:
- I- para as coberturas Morte - M, Rescisão Trabalhista – RT, Auxílio Funeral – AXF, Auxílio Cesta Básica – AXCB, Auxílio Emergencial – AXE, Reciclagem Profissional do Cônjuge, Despesas de Treinamento Vocacional e Indenização Especial de Filhos Póstumos - IEFP: **a data do falecimento do segurado;**
 - II- para as coberturas que Morte Acidental - MA, Morte Acidental decorrente de Crime – MAC, Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo – MATC, Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito – MAT, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada – IPAM, Invalidez Permanente por Acidente decorrente de Crime – IPAC, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo – IPATC, Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito – IPAT, Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA, Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas – DMHO, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente – ITTA, Fratura de Ossos – Acidente, Queimaduras Graves, Perda de Visão por Acidente - PVA, Auxílio Funeral por Acidente – AXFA, Auxílio Cesta Básica por Acidente – AXCBA, Auxílio Emergencial por Acidente – AXEA, Coma, Cirurgia Plástica Estética em Caso de Acidente, Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento, Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente, Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente, Despesas de Treinamento Vocacional por Acidente e Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente - IEFPA: **a data do acidente;**
 - III- para as coberturas Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD, Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença – ILPD e Doença Terminal: **a data da declaração médica;**
 - IV- para as coberturas de Doenças Graves – Plano 1 – DG1, Doenças Graves – Plano 2 – DG2 e Doenças Graves – Plano 3 – DG3: **a data do primeiro diagnóstico de uma das doenças graves cobertas.**
 - V- para a cobertura Doenças Congênitas de Filhos – DCF: **a data do diagnóstico.**

- VI- para as coberturas Perda de Visão por Doença - PVD, Lesão Ocupacional - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Lesão Ocupacional - Hepatite: **a data do diagnóstico da doença;**
 - VII- para as coberturas Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIHA, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - UTI – DIH-UTI-A, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI – DIH-UTI-AD e Despesas com Assistência à Infância - DIA: **a data da internação do segurado por determinação médica.**
 - VIII- para a cobertura Desemprego Involuntário - DI: **a data do rompimento do vínculo empregatício indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.**
 - IX- para as coberturas Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DITAD e Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – ITTAD: **a data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, por orientação médica, comprovado por atestado médico.**
 - X- para a cobertura de Auxílio Natalidade – AXN: **a data do nascimento do filho.**
 - XI- Para a cobertura de Eventos da Vida – Casamento: **a data do casamento oficial do segurado ou da celebração do contrato matrimonial.**
 - XII- para a cobertura de Eventos da Vida – Divórcio: **a data da averbação do divórcio ou da certidão de escritura pública que comprove o divórcio ou separação do segurado.**
 - XIII- para a cobertura de Eventos da Vida – Graduação: **a data da conclusão do curso de 3º grau constante do certificado de conclusão de curso ou de outro documento comprobatório.**
 - XIV- para a cobertura de Eventos da Vida – Mudança de Residência: **a data da realização da mudança de residência.**
 - XV- para a cobertura de Eventos da Vida – Adoção: **a data da adoção.**
 - XVI- para a cobertura de Auxílio Medicamento - AME: **a data da realização da despesa.**
 - XVII- para a cobertura de Não Comparecimento: **a data do acontecimento (show, filme, sessão de cinema ou teatro, festival, curso, workshop, feira, conferência, evento esportivo como corrida, maratona, jogo, evento de tecnologia e meetup, evento religioso, festa, comemoração, solenidade, etc.);**
 - XVIII- para as coberturas de Cirurgia, Invalidez Laborativa Total e Permanente Decorrente de Intercorrências Cirúrgicas e Incapacidade Física Total e Temporária Decorrente de Intercorrências Cirúrgicas: **a data da realização da cirurgia indicada na Declaração do Hospital.**
- 19.7. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas condições gerais e Especiais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

- 19.8. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.
- 19.9. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.
- 16.9.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.
- 16.9.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.
- 19.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.
- 19.11. Caso as coberturas previstas por este seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro, e havendo cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos serão devolvidos devidamente atualizados conforme item 14.10.
- 19.12. No caso de beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:
- 19.12.1. pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos: a indenização será paga, em nome do menor, ao representante legalmente constituído;
- 19.12.2. pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive: a Indenização será paga ao menor, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.
- 19.13. Possuindo o Segurado mais de um seguro, garantindo alguma das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas indenizáveis pelo seguro, a responsabilidade da Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todos os seguros em vigor na data do sinistro.

20. JUNTA MÉDICA

- 20.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 20.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 20.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

- 20.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 20.5. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

- 21.1. Em todas as notificações de internação hospitalar poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares.
- 21.2. O segurado, ao propor a contratação do seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar, ou hospitalar, requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.
- 21.3. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22. PERDA DE DIREITOS

- 22.1. **O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente seguro quando:**
- a) **deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;**
 - b) **agravar intencionalmente o risco segurado;**
 - c) **por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente seguro;**
 - d) **fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:**
 - I- na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;**

- II- na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;
 - III- na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.
- e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;
 - f) deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;
 - g) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação, atos negligentes, imprudentes ou de alto risco.
- 22.2. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por comunicação formal, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 22.3. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. BENEFICIÁRIOS

- 23.1. A indicação do beneficiário para as coberturas Morte - M, Morte Acidental – MA, Morte Acidental decorrente de Crime – MAC, Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo – MATC, Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito – MAT, Auxílio Cesta Básica – AXCB, Auxílio Cesta Básica por Acidente – AXCBA, Auxílio Emergencial – AXE, Auxílio Emergencial por Acidente – AXEA, Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento, Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente, Despesas de Treinamento Vocacional, Despesas de Treinamento Vocacional por Acidente, e Indenização Especial de Filhos Póstumos – IEFP e Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente – IEFPA, é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusão, alteração ou exclusão a qualquer tempo mediante solicitação por escrito.
- 20.1.1. No caso da cobertura Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento, a indicação de beneficiário é válida apenas para os eventos que resultem no falecimento do segurado, no demais eventos cobertos o beneficiário é o próprio segurado.
 - 20.1.2. Se houver a indicação de mais de um beneficiário, o segurado deverá estipular, no momento da nomeação, o percentual da indenização que será destinado a cada um.
 - 21.1.3. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o saldo de capital segurado ao antigo beneficiário designado.
 - 21.1.4. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

- 21.1.5. Na falta de indicação expressa do beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:
- a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;
 - b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei;
 - c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a), devidamente reconhecido (a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
 - d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 23.2. O beneficiário para as coberturas Auxílio Funeral – AXF e Auxílio Funeral por Acidente – AXFA, até o valor do capital segurado, é o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral do segurado.
- 23.3. O beneficiário da cobertura Rescisão Trabalhista - RT é a pessoa jurídica, designada expressamente no contrato de seguro, com a qual o segurado mantenha vínculo empregatício
- 23.4. Para as demais coberturas não listadas nos itens anteriores, o beneficiário é o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária.

24. CONDIÇÕES DE EMBARGOS E SANÇÕES

24.1. DEFINIÇÃO

- 24.1.1. **EMBARGOS E SANÇÕES:** significa listas e/ou medidas que imponham restrição, proibição ou sanção contra jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas ou bens e materiais, impedindo ou restringindo celebração de operações comerciais ou financeiras, em razão do combate à lavagem de dinheiro, ao financiamento ao terrorismo e a outros ilícitos correlatos, decorrentes da legislação brasileira, de organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas – ONU (<https://nacoesunidas.org/conheca/>) e o FATAF-GAFI (<https://www.fatf-gafi.org/>), e/ou de forma unilateral por qualquer lei ou resolução imposta por outras jurisdições como os Estados Unidos da América (por exemplo, a Export Administration Regulations - EAR <https://www.bis.doc.gov/index.php/regulations/export-administration-regulations-ear> ou Office of Foreign Assets Control - OFAC <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>), Reino Unido ou União Europeia (<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>), na qual o SEGURADO, o BENEFICIÁRIO ou a operação ou bem segurado se enquadre ou venha a se enquadrar durante a VIGÊNCIA da APÓLICE. Entende-se, ainda, por EMBARGOS E SANÇÕES qualquer restrição, proibição ou sanção imposta pelas normas e resoluções acima mencionadas que impeça o pagamento de um SINISTRO,

seja pela jurisdição onde o SINISTRO ocorreu ou pela jurisdição à qual o pagamento se destina.

24.2. EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

24.2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados na cláusula “4. RISCOS EXCLUÍDOS” destas condições gerais, as coberturas previstas na APÓLICE não se aplicam caso o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO venha a sofrer qualquer sanção ou restrição imposta por quaisquer EMBARGOS E SANÇÕES ou a eles relacionados, caracterizado no momento do sinistro.

24.3. PERDA DE DIREITOS POR EMBARGOS E SANÇÕES

24.3.1. O SEGURADO perderá o direito à indenização na ocorrência de EMBARGOS E SANÇÕES caso pratique qualquer ato doloso verificado na ocorrência do SINISTRO e relacionado com o evento gerador do SINISTRO.

24.3.2. Caso o segurado silencie de má-fé o fato de ter sofrido qualquer restrição ou imposição de EMBARGOS E SANÇÕES, ficará caracterizado o agravamento de risco e se aplicará o disposto na cláusula “22. PERDA DE DIREITOS” destas Condições Gerais.

24.4. SUSPENSÃO DE PAGAMENTOS POR EMBARGOS E SANÇÕES

24.4.1. O pagamento de quaisquer indenizações devidas no âmbito desta APÓLICE fica suspenso a partir da data de ingresso do SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou OBJETO da APÓLICE nas referidas listas de EMBARGOS E SANÇÕES, sendo a cobertura reestabelecidas à 0:00 hora do dia subsequente à data de exclusão do SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou OBJETO DA APÓLICE das referidas listas de EMBARGOS E SANÇÕES.

24.4.2. Durante o período no qual o SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou o OBJETO da APÓLICE estiver nas listas de EMBARGOS E SANÇÕES, ficam suspensos os pagamentos de quaisquer indenizações devidas pela SEGURADORA por força da presente APÓLICE, até que tal EMBARGO E SANÇÃO cesse ou até que ocorra decisão judicial final para este fim.

24.4.3. A SEGURADORA poderá, ainda, suspender pagamentos de qualquer natureza no caso de indisponibilidade de bens do SEGURADO ou BENEFICIÁRIO sancionado nos termos da Lei nº 13.810/2019 e quaisquer alterações subsequentes.

25. ALTERAÇÃO DO SEGURO

25.1. Nenhuma alteração no seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância das partes contratantes.

25.2. Qualquer modificação do seguro em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

25.2.1. Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

- 25.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições contratuais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 26.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais do seguro.

27. PRESCRIÇÃO

- 27.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28. FORO

- 28.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE – M

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Morte consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) certidão de óbito do segurado;
 - b) cópia da Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - c) relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
 - d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - e) cópia dos exames médicos;
 - f) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
 - g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas);
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - l) cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - m) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - n) laudo de necropsia, se houver;
 - o) laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver; e
 - p) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Morte Acidental consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
 - c) quaisquer 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 pessoal;
 - d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - e) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - f) autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica; e
 - g) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) certidão de óbito do segurado;
 - b) cópia da Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - c) relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
 - d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - e) cópia dos exames médicos;
 - f) cópia de laudos e exames médicos;
 - g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas);
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - l) cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - m) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - n) laudo de necropsia, se houver; e
 - o) laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - p) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME - MAC

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental decorrente de Crime consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em consequência exclusiva de acidente decorrente de crime ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte do Segurado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;
- c) Laudo Necroscópico do IML;
- d) laudo da perícia técnica, se houver;
- e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas);

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE TRANSPORTE COLETIVO - MATC

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em consequência exclusiva de Acidente ocorrido em Transporte Coletivo Público durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como meio de transporte coletivo público qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos em que o Segurado era o condutor ou tripulante do meio de transporte acidentado, ou, ainda, que não seja passageiro de um meio de transporte coletivo público.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;
- c) Laudo Necroscópico do IML;
- d) laudo da perícia técnica, se houver;
- e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas).

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - MAT

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em caso de falecimento do Segurado em consequência exclusiva de Acidente de Trânsito ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como acidente de trânsito aquele que envolveu o Segurado, enquanto ocupante de um veículo particular ou táxi, ou, ainda, se na condição de pedestre o Segurado foi atingido por qualquer veículo automotor.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos em que o Segurado era o condutor, tripulante ou passageiro de veículo:**

- a) **que se destine ao transporte coletivo público;**
- b) **com menos de quatro rodas;**
- c) **de serviço ou caminhão;**
- d) **destinado ao serviço público ou particular de socorro médico;**
- e) **de corporações militares; e**
- f) **quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) **certidão de óbito do segurado;**
- b) **Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;**
- c) **Laudo Necroscópico do IML;**
- d) **laudo da perícia técnica, se houver;**
- e) **cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;**
- f) **cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;**

- g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas).

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.1.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

1.1.3. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.

1.1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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	09
	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	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 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	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

- 2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

- 2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.
- 2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) quaisquer 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 pessoal;
 - d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - e) perda de dentes e os danos estéticos;
 - f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e
 - g) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
 - a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
 - e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

- g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA - IPAM

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **com a elevação do percentual de indenização para 100% (cem por cento) para os membros ou órgãos relacionados no item 2.1 a seguir**, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
 - 1.1.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
 - 1.1.3. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
 - 1.1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, para os seguintes órgãos ou membros:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
- Perda total do uso de um dos polegares;
- Perda total da visão de um olho;
- Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista;
- Perda total do uso de uma das mãos.

2.2. Nos demais casos, não previstos no item anterior, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	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(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de qualquer falange do indicador	05
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do indicador e polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula (patela)		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 primeiro dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 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	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

- 2.2.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.2.2. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.2.3. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

- 2.2.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.2.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.2.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.2.7. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.
- 2.2.8. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e conseqüente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) quaisquer 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 pessoal;
 - d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - e) perda de dentes e os danos estéticos;
 - f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e
 - g) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
 - e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME - IPAC

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Crime consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de acidente decorrente de um crime ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a invalidez permanente do Segurado.
 - 1.1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
 - 1.1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
 - 1.1.4. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
 - 1.1.5. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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	09
	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	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 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	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

- 2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

- 2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito;
 - b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um crime;
 - c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de um crime;
 - d) quaisquer 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 um crime;
 - e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
 - e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO - IPATC

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de Acidente ocorrido em Transporte Coletivo Público durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como meio de transporte coletivo público qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.
 - 1.1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
 - 1.1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
 - 1.1.4. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
 - 1.1.5. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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	09
	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	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 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	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

- 2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.
- 2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e conseqüente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) evento em que o Segurado era o condutor ou tripulante do meio de transporte acidentado, ou, ainda, em que não seja passageiro de um meio de transporte coletivo público;
 - b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um acidente coberto;
 - c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - d) quaisquer 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 um acidente coberto;
 - e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
 - e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - IPAT

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de Acidente de Trânsito ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como acidente de trânsito aquele que envolveu o Segurado, enquanto ocupante de um veículo particular ou táxi, ou, ainda, se na condição de pedestre o Segurado foi atingido por qualquer veículo automotor.
 - 1.1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
 - 1.1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
 - 1.1.4. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.
 - 1.1.5. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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	09
	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	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 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	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

- 2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.3. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.
- 2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e conseqüente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) eventos em que o Segurado era o condutor, tripulante ou passageiro de veículo:
 - Que se destine ao transporte coletivo público;
 - Com menos de quatro rodas;
 - De serviço ou caminhão;
 - Destinado ao serviço público ou particular de socorro médico;
 - De corporações militares; e
 - Quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.
 - b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um acidente coberto;
 - c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - d) quaisquer 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 um acidente coberto;
 - e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
 - e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

- i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva e total dos membros ou órgãos definidos no item 2 a seguir, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

1.1.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

1.1.3. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

1.1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;

- Alienação mental total e incurável.
- 2.2. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista no item anterior, a indenização não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.
- 2.3. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva de um membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização, de acordo com a "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", constante do item 2 das Condições Especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- 2.4. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e conseqüente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.
- 2.5. Após indenizada a invalidez permanente total por acidente, a cobertura do seguro cessa automaticamente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) quaisquer 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 pessoal;
 - d) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - e) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - f) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
 - e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, no caso de invalidez funcional permanente total por doença do segurado, em consequência exclusivamente de doença que cause a perda de sua “existência independente”, consequente de doença que cause a perda de sua “Existência Independente”, conforme especificado no item **“3. RISCOS COBERTOS”** destas condições especiais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais disposições das condições contratuais.
 - 1.1.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item **“5 - PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO”** nestas condições especiais.
 - 1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
 - 1.1.3. **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, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.**
 - 1.1.4. **A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**
 - 1.1.5. **Após indenizada a invalidez funcional permanente total por doença, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**
 - 1.1.6. **Esta cobertura não pode ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença - ILPD ou com a cobertura de Doença Terminal - DT.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença.
- 2.2. **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 e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.
- 2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

- 2.20. **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.
- 2.21. **Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. **Hígido:** Saudável.
- 2.26. **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.32. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.33. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.34. **Transferência Corporal:** Capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro, e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:
- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo a estas condições especiais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos: "Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos" e "Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade".

3.2.1. A "Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos" avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

- 3.2.1.2. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 3.2.1.3. Todos os Atributos constantes no documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.2.2. A “Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade” valoriza cada uma das situações ali previstas.
 - 3.2.2.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.2. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física causada por acidente pessoal;
 - b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
 - c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
 - a) declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, informando inclusive se há ou não a indicação de curatela. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item “3. RISCOS COBERTOS” destas condições, a indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e o detalhando do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do segurado.
 - b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, acompanhados dos respectivos laudos, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
 - c) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - d) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

- e) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- f) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

Atributos	Escala	Pontos
Relações do Segurado com o Cotidiano	1º Grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando pensamento, memória e juízo de valor.	00
	2º Grau O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º Grau O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	1º Grau O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º Grau O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, se encontra em estágio que demanda suporte médico mantido (controlado), que acarreta restrição ampla a esforços físicos e que compromete a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Atributos	Escala	Pontos
Conectividade do Segurado com a vida	1º Grau O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º Grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)	10
	3º Grau O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 40	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso	02
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA - ILPD

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, no caso invalidez laborativa total e permanente por doença do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, e observadas as demais disposições das condições contratuais.**
 - 1.1.1. Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa total e permanente por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
 - 1.1.1.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a invalidez.
 - 1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
 - 1.1.3. **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, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez laborativa total e permanente por doença.**
 - 1.1.4. **A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.**
 - 1.1.5. **Não podem configurar como segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio por parte da seguradora.**
 - 1.1.6. **Após indenizada a invalidez laborativa total e permanente por doença, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**
 - 1.1.7. **Esta cobertura não pode ser contratada em conjunto com a cobertura de cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD ou com a cobertura de Doença Terminal - DT.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física causada por acidente pessoal;
 - b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário no contrato;
 - c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) declaração médica indicando a data da Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença, informando inclusive se há ou não a indicação de curatela.
Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em um quadro clínico incapacitante irreversível para o exercício das atividades laborativas, a indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, detalhando o quadro clínico.
 - b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, acompanhados dos respectivos laudos, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
 - c) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - d) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - e) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - f) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL - DT

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Doença Terminal consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de diagnóstico de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado durante o período de vigência do seguro.
 - 1.1.1. Após indenizada a doença terminal, a cobertura do seguro cessa automaticamente.
 - 1.1.2. Esta cobertura não pode ser contratada em conjunto com a cobertura de cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD ou com a cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença – ILPD.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Doença Terminal:** é a doença aquela que atingiu o estágio em que não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência superior a um ano, com expectativa de morte iminente, conforme atestado pelo médico assistente do segurado, e desde que reconhecido pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física causada por acidente pessoal;
 - b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário no contrato;
 - c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e
 - d) o coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e detalhando a evolução da doença e o quadro clínico de doença terminal;
 - b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, acompanhados dos respectivos laudos, e que confirmem a evolução do quadro clínico nas condições previstas no item anterior;
 - c) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - d) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - e) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - f) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PLANO 1 – DG1

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Doenças Graves – Plano 1 – DG1 consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de uma das doenças graves abaixo:
- Câncer (neoplasias malignas);
 - Infarto agudo do miocárdio;
 - Acidente vascular cerebral – AVC;
 - Cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco);
 - Insuficiência renal crônica.
- 1.1.1. **Após indenizada a doença grave, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**
- 1.1.2. **A indenização por diagnóstico de doença grave não se acumula com a indenização por morte, por invalidez ou por diagnóstico de doença terminal, portanto, não haverá pagamento do capital segurado se o segurado, ou seus beneficiários, tiverem direito à indenização pelas demais coberturas.**
- 1.1.3. **Sendo constatado e comunicado à seguradora o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do capital segurado para mais de um diagnóstico.**
- 1.1.4. **A doença grave deve ser diagnosticada por um especialista e confirmadas por documentos médicos, laudos e resultados de exames complementares específicos para cada patologia coberta.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Angina (pectoris):** dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco.
- 2.2. **Angina em decúbito:** é a angina que ocorre espontaneamente durante o repouso.
- 2.3. **Angina estável:** normalmente ocorre em situações de esforço físico, como subir escadas ou durante exercícios, podendo também ocorrer por perturbações emocionais, exposição a baixas temperaturas, refeições pesadas e tabagismo. Desaparece com o repouso.
- 2.4. **Angina instável:** o desconforto ou a dor no peito não cessam com o repouso, e surge de forma súbita, mesmo quando a pessoa está em repouso.
- 2.5. **Angioplastia:** é o procedimento médico realizado por meio de cateter intra-arterial, com o objetivo de dilatar ou desobstruir as artérias. O procedimento deve ser realizado por médico cirurgião cardíaco, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

- 2.6. **Coronárias estenosadas:** artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas ou obstruídas.
- 2.7. **Exame histológico:** é o exame realizado por um médico patologista que analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.
- 2.8. **Infarto antigo:** infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.
- 2.9. **Infarto silencioso:** infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.
- 2.10. **Neoplasia intra-epitelial cervical:** alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.
- 2.11. **Toracotomia mínima:** pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. **Câncer:** doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”.
 - 3.1.1. **O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos pelas sociedades médicas científicas especializadas.**
 - 3.1.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de Câncer:**
 - a) **Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) ou displasia do colo uterino;**
 - b) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
 - c) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), ou não metastáticos;**
 - d) **O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e Ic, carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992 ou que tenha “Gleason Score” igual ou menor que 6;**
 - a) **Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;**
 - b) **Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo, ou seja, não se encontre no estágio IA (T1N0M0) ou mais avançado, não atinja a profundidade de 1,5 mm segundo a classificação Breslow ou não alcance o nível 3 de invasão segundo a classificação de Clark;**
 - c) **Sarcoma de Kaposi e outros tumores na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana;**
 - d) **Doença de Hodgkin no estágio I;**
 - e) **Leucemia linfocítica crônica nos estágios de 0 a II no sistema de estadiamento RAI ou etapas A e B do sistema de estadiamento Binet;**
 - f) **Carcinoma papilar de tiroides de tamanho inferior a 1 cm e classificado como T1N0M0.**

- 3.2. **Infarto agudo do miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de uma interrupção abrupta de fluxo sanguíneo, insuficiente para a área comprometida.
- 3.2.1. **O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado em cardiologia ou em unidade de cuidados intensivos e deve ser comprovado por exames, de acordo com os critérios estabelecidos pelas sociedades médicas científicas especializadas, e deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:**
- História de dores torácicas típicas;**
 - Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);**
 - Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) constatada por avaliação de enzimas cardíacas.**
- 3.2.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de infarto agudo do miocárdio:**
- toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;**
 - angina decúbito;**
 - infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;**
 - Eventos de insuficiência cardíaca que não resultem em necrose do músculo cardíaco;**
 - Infarto do miocárdio antigo ou silencioso; e**
 - outras síndromes coronarianas agudas.**
- 3.3. **Acidente vascular cerebral – AVC:** doença caracterizada pela diminuição ou interrupção abrupta do fluxo sanguíneo cerebral que resulte em morte do tecido cerebral e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso cerebral com extravasamento de sangue (hemorragia intracraniana), ou pela obstrução de um vaso cerebral. As seqüelas neurológicas devem ser passíveis de verificação por meio de exames especializados e **persistirem por, no mínimo, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.** Estão cobertos os acidentes vasculares cerebrais que resultem em seqüelas neurológicas definitivas, incluindo o AVC provocado por embolização de vaso cerebral originada de fonte extracraniana.
- 3.3.1. **O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia, com base em critérios aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames de imagem, tomografia axial computadorizada, ressonância nuclear magnética ou estudo de circulação cerebral.**
- 3.3.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de acidente vascular cerebral – AVC:**
- AVC isquêmico transitório ou síndromes correlatas (por exemplo: isquemia cerebral transitória-ICT);**
 - traumatismo cranioencefálico (TCE);**
 - danos cerebrais causados por traumas, como, por exemplo, asfixia;**
 - infartos cerebrais lacunares, sem déficit neurológico;**
 - enxaquecas com sintomas neurológicos; e**
 - distúrbios cognitivos que não configurem incapacidade para vida cível (sem necessidade de termo de curatela).**

- 3.4. **Cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco):** é a cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de pontes (by-pass) vasculares.
- 3.4.1. **A cirurgia deve ser realizada por médico cirurgião cardíaco, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos.**
- 3.4.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco):**
- a) **angioplastia (com ou sem colocação de Stent);**
 - b) **procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax);**
 - c) **cirurgia por toracotomia mínima;**
 - d) **quaisquer técnicas com utilização de laser estão excluídas desta definição.**
- 3.5. **Insuficiência renal crônica:** é etapa final de diversas doenças renais caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, deve ser comprovada pela falência funcional e com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.
- 3.5.1. **Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.**
- 3.5.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de insuficiência renal crônica os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;**
 - b) **Cobertura à falha renal temporária ou reversível que seja curada após algumas semanas de tratamento;**
 - c) **Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;**
 - d) **Doenças Profissionais;**
 - e) **Qualquer doença que seja consequência de um tratamento ou intervenção cirúrgica anterior ao início de vigência da cobertura do seguro;**
 - f) **Qualquer doença secundária decorrente de tratamento ou de doença não coberta pelo seguro;**
 - g) **Qualquer doença congênita, mesmo que diagnosticada após a assinatura da proposta de seguro;**
 - h) **Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro.**

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia estabelecido no Certificado será contado a partir da data do diagnóstico da doença grave.
- 5.2. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento, mesmo que em decorrência da doença grave coberta.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) declaração médica indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença grave dentre aquelas previstas, constantes nas condições especiais;
 - b) relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
 - c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem o diagnóstico;
 - d) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - e) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - f) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PLANO 2 – DG2

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Doenças Graves – Plano 2 – DG2 consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de uma das doenças graves abaixo:
- Câncer (neoplasias malignas);
 - Infarto agudo do miocárdio;
 - Acidente vascular cerebral – AVC;
 - Cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco);
 - Insuficiência renal crônica;
 - Transplante de órgãos vitais;
 - Esclerose múltipla;
 - Tumor cerebral benigno.
- 1.1.1. **Após indenizada a doença grave, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**
- 1.1.2. **A indenização por diagnóstico de doença grave não se acumula com a indenização por morte, por invalidez ou por diagnóstico de doença terminal, portanto, não haverá pagamento do capital segurado se o segurado, ou seus beneficiários, tiverem direito à indenização pelas demais coberturas.**
- 1.1.3. **Sendo constatado e comunicado à seguradora o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do capital segurado para mais de um diagnóstico.**
- 1.1.4. **A doença grave deve ser diagnosticada por um especialista e confirmadas por documentos médicos, laudos e resultados de exames complementares específicos para cada patologia coberta.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Angina (pectoris):** dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco.
- 2.2. **Angina em decúbito:** é a angina que ocorre espontaneamente durante o repouso.
- 2.3. **Angina estável:** normalmente ocorre em situações de esforço físico, como subir escadas ou durante exercícios, podendo também ocorrer por perturbações emocionais, exposição a baixas temperaturas, refeições pesadas e tabagismo. Desaparece com o repouso.
- 2.4. **Angina instável:** o desconforto ou a dor no peito não cessam com o repouso, e surge de forma súbita, mesmo quando a pessoa está em repouso.
- 2.5. **Angioplastia:** é o procedimento médico realizado por meio de cateter intra-arterial, com o objetivo de dilatar ou desobstruir as artérias. O procedimento deve ser realizado por médico cirurgião

cardíaco, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

- 2.6. **Coronárias estenosadas:** artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas ou obstruídas.
- 2.7. **Desmielinização:** que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.
- 2.8. **Exame histológico:** é o exame realizado por um médico patologista que analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.
- 2.9. **Infarto antigo:** infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.
- 2.10. **Infarto silencioso:** infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.
- 2.11. **Neoplasia intra-epitelial cervical:** alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.
- 2.12. **Toracotomia mínima:** pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).
- 2.13. **Transplante de Medula Óssea:** procedimento cirúrgico que consiste na substituição de uma medula óssea doente ou deficitária por células normais de medula óssea. O transplante pode ser autogênico (autotransplante), quando a medula vem do próprio paciente, ou alogênico, quando a medula vem de um outro indivíduo doador (**este seguro cobre apenas o transplante alogênico de medula óssea**). O transplante também pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea obtidas do sangue de um doador ou do sangue de cordão umbilical (células-tronco).

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. **Câncer:** doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”.
 - 3.1.1. **O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos pelas sociedades médicas científicas especializadas.**
 - 3.1.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de Câncer:**
 - a) **Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) ou displasia do colo uterino;**
 - b) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
 - c) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), ou não metastáticos;**
 - d) **O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e Ic, carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992 ou que tenha “Gleason Score” igual ou menor que 6;**
 - e) **Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;**

- f) **Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo, ou seja, não se encontre no estágio IA (T1N0M0) ou mais avançado, não atinja a profundidade de 1,5 mm segundo a classificação Breslow ou não alcance o nível 3 de invasão segundo a classificação de Clark;**
 - g) **Sarcoma de Kaposi e outros tumores na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana;**
 - h) **Doença de Hodgkin no estágio I;**
 - i) **Leucemia linfocítica crônica nos estágios de 0 a II no sistema de estadiamento RAI ou etapas A e B do sistema de estadiamento Binet;**
 - j) **Carcinoma papilar de tiroides de tamanho inferior a 1 cm e classificado como T1N0M0.**
- 3.2. **Infarto agudo do miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de uma interrupção abrupta de fluxo sanguíneo, insuficiente para a área comprometida.
- 3.2.1. **O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado em cardiologia ou em unidade de cuidados intensivos e deve ser comprovado por exames, de acordo com os critérios estabelecidos pelas sociedades médicas científicas especializadas, e deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:**
- a) **História de dores torácicas típicas;**
 - b) **Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);**
 - c) **Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) constatada por avaliação de enzimas cardíacas.**
- 3.2.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de infarto agudo do miocárdio:**
- a) **toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;**
 - b) **angina decúbito;**
 - c) **infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;**
 - d) **Eventos de insuficiência cardíaca que não resultem em necrose do músculo cardíaco;**
 - e) **Infarto do miocárdio antigo ou silencioso; e**
 - f) **outras síndromes coronarianas agudas.**
- 3.3. **Acidente vascular cerebral – AVC:** doença caracterizada pela diminuição ou interrupção abrupta do fluxo sanguíneo cerebral que resulte em morte do tecido cerebral e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso cerebral com extravasamento de sangue (hemorragia intracraniana), ou pela obstrução de um vaso cerebral. As seqüelas neurológicas devem ser passíveis de verificação por meio de exames especializados e **persistirem por, no mínimo, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.** Estão cobertos os acidentes vasculares cerebrais que resultem em seqüelas neurológicas definitivas, incluindo o AVC provocado por embolização de vaso cerebral originada de fonte extracraniana.

- 3.3.1. **O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia, com base em critérios aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames de imagem, tomografia axial computadorizada, ressonância nuclear magnética ou estudo de circulação cerebral.**
- 3.3.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de acidente vascular cerebral – AVC:**
- a) **AVC isquêmico transitório ou síndromes correlatas (por exemplo: isquemia cerebral transitória-ICT);**
 - b) **traumatismo cranioencefálico (TCE);**
 - c) **danos cerebrais causados por traumas, como, por exemplo, asfixia;**
 - d) **infartos cerebrais lacunares, sem déficit neurológico;**
 - e) **enxaquecas com sintomas neurológicos; e**
 - f) **distúrbios cognitivos que não configurem incapacidade para vida cível (sem necessidade de termo de curatela).**
- 3.4. **Cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco):** é a cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de pontes (by-pass) vasculares.
- 3.4.1. **A cirurgia deve ser realizada por médico cirurgião cardíaco, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos.**
- 3.4.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco):**
- a) **angioplastia (com ou sem colocação de Stent);**
 - b) **procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax);**
 - c) **cirurgia por toracotomia mínima;**
 - d) **quaisquer técnicas com utilização de laser estão excluídas desta definição.**
- 3.5. **Insuficiência renal crônica:** é etapa final de diversas doenças renais caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, deve ser comprovada pela falência funcional e com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.
- 3.5.1. **Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.**
- 3.5.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de insuficiência renal crônica, os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.**
- 3.6. **Transplante de órgãos vitais:** procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de um órgão (coração, pulmão, rim, fígado, pâncreas ou medula óssea), ou mais raramente de uma parte de um órgão saudável, oriundo de doador humano.
- 3.6.1. **A cirurgia, ou a inclusão em uma lista oficial de espera por um órgão, deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.**

3.6.2. Não estão incluídos na cobertura de transplante de órgãos vitais:

- a) os transplantes de órgãos não incluídos na definição da cobertura de transplante de órgãos vitais no item 3.6 destas condições especiais;
- b) o transplante necessário em decorrência de uma doença preexistente;
- c) o transplante de tecidos;
- d) o transplante de qualquer tipo de células, incluindo células beta do pâncreas e células-tronco (células embrionárias);
- e) o autotransplante de medula;
- f) o transplante de órgão procedentes de animais, não humanos; e
- g) o implante de órgão artificial (por exemplo, um coração artificial).

3.7. **Esclerose múltipla:** é uma doença neurológica, crônica e provavelmente autoimune, que provoca lesões no sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal), caracterizada pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização e comprometimento das funções motora e sensorial. A esclerose múltipla não tem cura e pode se manifestar por diversos sintomas, como por exemplo: fadiga intensa, depressão, fraqueza muscular, alteração do equilíbrio da coordenação motora, dores articulares, disfunção intestinal e da bexiga.

3.7.1. **O diagnóstico deve ser realizado por feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização, de acordo com os critérios aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas, respaldado por quadro clínico típico e exames.**

3.7.2. **Estão cobertos os diagnósticos em que o Segurado apresenta:**

- a) um quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou
- b) no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados, registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou
- c) um único surto da doença, clinicamente bem documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise, associado a achados característicos da doença no exame de líquido (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.

3.8. **Tumor cerebral benigno:** é o tumor benigno do tecido encefálico, retirado cirurgicamente sob anestesia geral, que resulta em sequelas neurológicas permanentes. Os tumores benignos do tecido encefálico que forem considerados inoperáveis também serão cobertos, desde que causem sequelas neurológicas permanentes.

3.8.1. **O diagnóstico deve ser realizado por médico neurocirurgião ou neurologista, evidenciado por achados característicos em exames de imagem, como tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser definitivas e ser clinicamente documentadas após a cirurgia, ou a partir da data do diagnóstico caso o tumor seja considerado inoperável.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
 - b) Cobertura à falha renal temporária ou reversível que seja curada após algumas semanas de tratamento;
 - c) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
 - d) Doenças Profissionais;
 - e) Qualquer doença que seja consequência de um tratamento ou intervenção cirúrgica anterior ao início de vigência da cobertura do seguro;
 - f) Qualquer doença secundária decorrente de tratamento ou de doença não coberta pelo seguro;
 - g) Qualquer doença congênita, mesmo que diagnosticada após a assinatura da proposta de seguro;
 - h) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro;
 - i) transplante autogênico (autotransplante) de medula óssea.

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia estabelecido no Certificado será contado a partir da data do diagnóstico da doença grave.
- 5.2. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento, mesmo que em decorrência da doença grave coberta.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) declaração médica indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença grave dentre aquelas previstas, constantes nas condições especiais;
 - b) relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
 - c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem o diagnóstico;
 - d) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

- e) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- f) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- g) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – PLANO 3 – DG3

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Doenças Graves – Plano 3 – DG3 consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de uma das doenças graves abaixo:

- Câncer (neoplasias malignas);
- Infarto agudo do miocárdio;
- Acidente vascular cerebral – AVC;
- Cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco);
- Insuficiência renal crônica;
- Transplante de órgãos vitais;
- Esclerose múltipla;
- Tumor cerebral benigno;
- Paralisia Permanente;
- Doença de Alzheimer.

1.1.1. **Após indenizada a doença grave, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

1.1.2. **A indenização por diagnóstico de doença grave não se acumula com a indenização por morte, por invalidez ou por diagnóstico de doença terminal, portanto, não haverá pagamento do capital segurado se o segurado, ou seus beneficiários, tiverem direito à indenização pelas demais coberturas.**

1.1.3. **Sendo constatado e comunicado à seguradora o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do capital segurado para mais de um diagnóstico.**

1.1.4. **A doença grave deve ser diagnosticada por um especialista e confirmadas por documentos médicos, laudos e resultados de exames complementares específicos para cada patologia coberta.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Angina (pectoris):** dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco.

2.2. **Angina em decúbito:** é a angina que ocorre espontaneamente durante o repouso.

2.3. **Angina estável:** normalmente ocorre em situações de esforço físico, como subir escadas ou durante exercícios, podendo também ocorrer por perturbações emocionais, exposição a baixas temperaturas, refeições pesadas e tabagismo. Desaparece com o repouso.

2.4. **Angina instável:** o desconforto ou a dor no peito não cessam com o repouso, e surge de forma súbita, mesmo quando a pessoa está em repouso.

- 2.5. **Angioplastia:** é o procedimento médico realizado por meio de cateter intra-arterial, com o objetivo de dilatar ou desobstruir as artérias. O procedimento deve ser realizado por médico cirurgião cardíaco, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.
- 2.6. **Coronárias estenosadas:** artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas ou obstruídas.
- 2.7. **Desmielinização:** que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.
- 2.8. **Exame histológico:** é o exame realizado por um médico patologista que analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.
- 2.9. **Infarto antigo:** infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.
- 2.10. **Infarto silencioso:** infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.
- 2.11. **Neoplasia intra-epitelial cervical:** alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.
- 2.12. **Toracotomia mínima:** pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).
- 2.13. **Transplante de Medula Óssea:** procedimento cirúrgico que consiste na substituição de uma medula óssea doente ou deficitária por células normais de medula óssea. O transplante pode ser autogênico (autotransplante), quando a medula vem do próprio paciente, ou alogênico, quando a medula vem de um outro indivíduo doador (**este seguro cobre apenas o transplante alogênico de medula óssea**). O transplante também pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea obtidas do sangue de um doador ou do sangue de cordão umbilical (células-tronco).

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. **Câncer:** doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”.
 - 3.1.1. **O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos pelas sociedades médicas científicas especializadas.**
 - 3.1.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de Câncer:**
 - a) **Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) ou displasia do colo uterino;**
 - b) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
 - c) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), ou não metastáticos;**
 - d) **O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e Ic, carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992 ou que tenha “Gleason Score” igual ou menor que 6;**
 - e) **Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno;**

- f) **Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo, ou seja, não se encontre no estágio IA (T1N0M0) ou mais avançado, não atinja a profundidade de 1,5 mm segundo a classificação Breslow ou não alcance o nível 3 de invasão segundo a classificação de Clark;**
 - g) **Sarcoma de Kaposi e outros tumores na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana;**
 - h) **Doença de Hodgkin no estágio I;**
 - i) **Leucemia linfocítica crônica nos estágios de 0 a II no sistema de estadiamento RAI ou etapas A e B do sistema de estadiamento Binet;**
 - j) **Carcinoma papilar de tireoides de tamanho inferior a 1 cm e classificado como T1N0M0.**
- 3.2. **Infarto agudo do miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de uma interrupção abrupta de fluxo sanguíneo, insuficiente para a área comprometida.
- 3.2.1. **O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado em cardiologia ou em unidade de cuidados intensivos e deve ser comprovado por exames, de acordo com os critérios estabelecidos pelas sociedades médicas científicas especializadas, e deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:**
- a) **História de dores torácicas típicas;**
 - b) **Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);**
 - c) **Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) constatada por avaliação de enzimas cardíacas.**
- 3.2.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de infarto agudo do miocárdio:**
- a) **toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;**
 - b) **angina decúbito;**
 - c) **infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;**
 - d) **Eventos de insuficiência cardíaca que não resultem em necrose do músculo cardíaco;**
 - e) **Infarto do miocárdio antigo ou silencioso; e**
 - f) **outras síndromes coronarianas agudas.**
- 3.3. **Acidente vascular cerebral – AVC:** doença caracterizada pela diminuição ou interrupção abrupta do fluxo sanguíneo cerebral que resulte em morte do tecido cerebral e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso cerebral com extravasamento de sangue (hemorragia intracraniana), ou pela obstrução de um vaso cerebral. As seqüelas neurológicas devem ser passíveis de verificação por meio de exames especializados e **persistirem por, no mínimo, 3 (três) meses a partir da data do diagnóstico.** Estão cobertos os acidentes vasculares cerebrais que resultem em seqüelas neurológicas definitivas, incluindo o AVC provocado por embolização de vaso cerebral originada de fonte extracraniana.

- 3.3.1. **O diagnóstico deve ser realizado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia, com base em critérios aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro clínico típico e exames de imagem, tomografia axial computadorizada, ressonância nuclear magnética ou estudo de circulação cerebral.**
- 3.3.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de acidente vascular cerebral – AVC:**
- a) **AVC isquêmico transitório ou síndromes correlatas (por exemplo: isquemia cerebral transitória-ICT);**
 - b) **traumatismo cranioencefálico (TCE);**
 - c) **danos cerebrais causados por traumas, como, por exemplo, asfixia;**
 - d) **infartos cerebrais lacunares, sem déficit neurológico;**
 - e) **enxaquecas com sintomas neurológicos; e**
 - f) **distúrbios cognitivos que não configurem incapacidade para vida cível (sem necessidade de termo de curatela).**
- 3.4. **Cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco):** é a cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de pontes (by-pass) vasculares.
- 3.4.1. **A cirurgia deve ser realizada por médico cirurgião cardíaco, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos.**
- 3.4.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de cirurgia de revascularização do miocárdio (“by-pass” cardíaco):**
- a) **angioplastia (com ou sem colocação de Stent);**
 - b) **procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax);**
 - c) **cirurgia por toracotomia mínima;**
 - d) **quaisquer técnicas com utilização de laser estão excluídas desta definição.**
- 3.5. **Insuficiência renal crônica:** é etapa final de diversas doenças renais caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, deve ser comprovada pela falência funcional e com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.
- 3.5.1. **Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.**
- 3.5.2. **Não estão incluídos nos riscos cobertos de insuficiência renal crônica os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.**
- 3.6. **Transplante de órgãos vitais:** procedimento cirúrgico em que o Segurado participa como receptor de um órgão (coração, pulmão, rim, fígado, pâncreas ou medula óssea) oriundo de doador humano.
- 3.6.1. **A cirurgia, ou a inclusão em uma lista oficial de espera por um órgão, deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, de acordo com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.**

- 3.6.2. Não estão incluídos nos riscos cobertos de transplante de órgãos vitais:
- a) os transplantes de órgãos não incluídos na definição da cobertura de transplante de órgãos vitais no item 3.6 destas condições especiais;
 - b) o transplante necessário em decorrência de uma doença preexistente;
 - c) o transplante de tecidos;
 - d) o transplante de qualquer tipo de células, incluindo células beta do pâncreas e células-tronco (células embrionárias);
 - e) o autotransplante de medula;
 - f) o transplante de órgão procedentes de animais, não humanos; e
 - g) o implante de órgão artificial (por exemplo, um coração artificial).
- 3.7. **Esclerose múltipla:** é uma doença neurológica, crônica e provavelmente autoimune, que provoca lesões no sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal), caracterizada pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização e comprometimento das funções motora e sensorial. A esclerose múltipla não tem cura e pode se manifestar por diversos sintomas, como por exemplo: fadiga intensa, depressão, fraqueza muscular, alteração do equilíbrio da coordenação motora, dores articulares, disfunção intestinal e da bexiga.
- 3.7.1. **O diagnóstico deve ser realizado por feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização, de acordo com os critérios aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas, respaldado por quadro clínico típico e exames.**
- 3.7.2. **Estão cobertos os diagnósticos em que o Segurado apresenta:**
- a) um quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou
 - b) no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados, registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou
 - c) um único surto da doença, clinicamente bem documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise, associado a achados característicos da doença no exame de líquido (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.
- 3.8. **Tumor cerebral benigno:** é o tumor benigno do tecido encefálico, retirado cirurgicamente sob anestesia geral, que resulta em sequelas neurológicas permanentes. Os tumores benignos do tecido encefálico que forem considerados inoperáveis também serão cobertos, desde que causem sequelas neurológicas permanentes.
- 3.8.1. **O diagnóstico deve ser realizado por médico neurocirurgião ou neurologista, evidenciado por achados característicos em exames de imagem, como tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser definitivas e ser clinicamente documentadas após a cirurgia, ou a partir da data do diagnóstico caso o tumor seja considerado inoperável.**

- 3.9. **Paralisia Permanente:** é a perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença. O quadro de paralisia (plegia) de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados e necessita ser clinicamente documentado para confirmação do diagnóstico.
- 3.9.1. **O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser realizados por médico neurologista ou neurocirurgião, aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados.**
- 3.9.2. **O diagnóstico deve ser realizado por médico neurocirurgião ou neurologista, evidenciado por achados característicos em exames de imagem, como tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser definitivas e ser clinicamente documentadas após a cirurgia, ou a partir da data do diagnóstico caso o tumor seja considerado inoperável.**
- 3.10. **Doença de Alzheimer:** é uma doença neurodegenerativa que destrói as funções mentais importantes levando o paciente à demência, e que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária, e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. **Estão cobertos pelo seguro os diagnósticos de Doença de Alzheimer em que o Segurado apresente um quadro de demência avançada que exija supervisão e cuidados constantes de terceiros, que o invalide definitivamente para a vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.**
- 3.10.1. **O diagnóstico deve ser realizado por feito por médico neurologista, de acordo com os critérios aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas, respaldado por quadro clínico típico e exames.**
- 3.10.1.1. **O segurado deve estar total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária:**
- Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
 - Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
 - Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
 - Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
 - Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
 - Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;
- 3.10.1.2. **As incapacidades para realizar para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.**
- 3.10.2. **O termo de curatela definitiva deverá ser apresentado.**

3.10.3. Não estão incluídos nos riscos cobertos de Doença de Alzheimer:

- A demência ou a deterioração cognitiva e da memória, concentração e raciocínio decorrente de outras doenças ou disfunções cerebrais; e
- Outros tipos de demências, como a demência senil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Cobertura à falha renal temporária ou reversível que seja curada após algumas semanas de tratamento;
- c) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
- d) Doenças Profissionais;
- e) Qualquer doença que seja consequência de um tratamento ou intervenção cirúrgica anterior ao início de vigência da cobertura do seguro;
- f) Qualquer doença secundária decorrente de tratamento ou de doença não coberta pelo seguro;
- g) Qualquer doença congênita, mesmo que diagnosticada após a assinatura da proposta de seguro;
- h) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro;
- i) transplante autogênico (autotransplante) de medula óssea;
- j) paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré;
- k) paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinhal (por exemplo, traumatismo cranioencefálico);
- l) paralisia decorrente de traumas autoinfligidos.

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia estabelecido no Certificado será contado a partir da data do diagnóstico da doença grave.
- 5.2. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito à cobertura na hipótese da ocorrência de seu falecimento, mesmo que em decorrência da doença grave coberta.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) declaração médica indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença grave dentre aquelas previstas, constantes nas condições especiais;
 - b) relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
 - c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem o diagnóstico;
 - d) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - e) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - f) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Rescisão Trabalhista consiste no reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em decorrência de seu falecimento durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.
- 1.1.1. **A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.**
- 1.1.2. **A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feita de uma única vez.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) cópia do documento de Rescisão Trabalhista, com os respectivos cálculos;
 - b) certidão de óbito do segurado;
 - c) cópia da Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - e) cópia de laudos e exames médicos;
 - f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - g) laudo de necropsia, se houver;
 - h) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS - DCF

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Doenças Congênitas de Filhos consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando constatada a doença congênita em um filho legítimo do Segurado, detectada no 1º (primeiro) mês de vida, e comprovada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento por declaração de médico habilitado, desde que o nascimento tenha ocorrido durante a vigência do seguro.

1.1.1. **Para fins desta cobertura, entende-se como Doença Congênita aquela que nasce com o indivíduo, resultante da má formação do organismo.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados:

- a) eventos decorrentes do uso pela gestante de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados;
- b) qualquer influência de fator ambiental, constatada ou declarada por instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- c) inabilidade ou mau uso de produtos químicos, ou de outros produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde da mãe e/ou do feto;
- d) filho natimorto; e
- e) doença congênita preexistente, ou de conhecimento durante a gestação, antes do término do período de carência.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) relatórios dos médicos assistentes da gestante e do filho, com descrição da má formação, assinado e com indicação de CRM;
- b) cópia de exames e laudos médicos que comprovem a doença congênita;
- c) cópia da certidão de nascimento do filho;
- d) cópia atualizada da certidão de casamento com a gestante, se esta não for a Segurada principal;
- e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

- g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS - DMHO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas consiste no reembolso, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto, realizado sob orientação médica e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente.

1.1.1. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- b) quaisquer 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 pessoal;
- c) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- e) autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
- f) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- g) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- h) estados de convalescença, após a alta médica; e

- i) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado desta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4. FRANQUIA

- 4.1. O percentual do capital segurado ou o valor fixo correspondente a participação do segurado nas despesas indenizáveis decorrentes de sinistros cobertos por esta cobertura, se houver, será estabelecido no Certificado Individual.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
 - b) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - c) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - d) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - e) relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários; e
 - f) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
 - g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE - DIHA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observada a franquia.
 - 1.1.1. **É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**
 - 1.1.3. **A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**
 - 1.1.4. **A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.
- 2.2. **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
- 2.3. **Internação Hospitalar:** é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) **tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;**
 - b) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**

- c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- d) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- e) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- f) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal;
- g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- h) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- i) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- j) estados de convalescença, após a alta médica;
- k) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- l) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- m) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- n) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

4.1.2. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.
- 5.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
 - e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - f) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - g) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - DIHAD

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, por causas decorrentes de acidente pessoal ou de doença, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observadas a franquia e a carência.
 - 1.1.1. **É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**
 - 1.1.3. **A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**
 - 1.1.4. **A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador da internação hospitalar.
- 2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.
- 2.3. **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
- 2.4. **Internação Hospitalar:** é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
 - b) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - c) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - d) quaisquer 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 pessoal;
 - e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - g) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
 - h) estados de convalescença, após a alta médica;
 - i) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
 - k) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
 - l) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
 - m) hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - n) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - o) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
 - p) ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
 - q) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.
- 4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.
- 4.1.2. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou doença serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5. FRANQUIA

- 5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.**
- 5.2. **As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - d) notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
 - e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - f) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - g) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
 - h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – UTI – DIH-UTI-A

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – UTI consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observada a franquia.
 - 1.1.1. **É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**
 - 1.1.3. **Para efeito desta cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica de hospitalização em UTI, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**
 - 1.1.4. **A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação em UTI.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado em UTI, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.
- 2.2. **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
- 2.3. **Internação Hospitalar em UTI:** é a internação em unidade hospitalar de Tratamento Intensivo com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.
- 2.4. **UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva):** unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) tratamentos que não exijam a internação em UTI;
 - b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
 - d) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - e) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - f) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal;
 - g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - h) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - i) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
 - j) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - k) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
 - l) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

- 4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

- 4.1.2. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5. FRANQUIA

- 5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.**
- 5.2. **As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - d) notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
 - e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - f) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - g) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA – UTI – DIH-UTI-AD

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, por causas decorrentes de acidente pessoal ou de doença, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observadas a franquia e a carência.
 - 1.1.1. **É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**
 - 1.1.3. **Para efeito desta cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica de hospitalização em UTI, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**
 - 1.1.4. **A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação em UTI.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador da internação hospitalar.
- 2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado em UTI, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.
- 2.3. **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
- 2.4. **Internação Hospitalar em UTI:** é a internação em unidade hospitalar de Tratamento Intensivo com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.
- 2.5. **UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva):** unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) tratamentos que não exijam a internação em UTI;
- b) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- c) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- d) quaisquer 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 pessoal;
- e) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- h) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- i) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- j) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

4.1.2. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou doença serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5. FRANQUIA

- 5.1. O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.
- 5.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
 - e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - f) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - g) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO - DI

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Desemprego Involuntário consiste no pagamento de indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte de seu empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. A cobertura de Desemprego Involuntário (DI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.
 - 1.1.2. Na data de contratação do seguro, o segurado deverá ter um período mínimo de 12 (doze) meses, ininterruptos, como empregado em tempo integral de um mesmo empregador. Caso o segurado possua mais de um vínculo empregatício elegível ao seguro, para efeito deste seguro será coberto apenas o vínculo empregatício que gera a maior renda ao segurado.
 - 1.1.3. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017, ou qualquer outro tipo de acordo entre empregado e empregador para terminar o contrato de trabalho;
 - b) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do emprego;
 - c) Demissão por justa causa;
 - d) Pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
 - e) Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
 - f) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
 - g) Segurado que trabalhar como profissional liberal, ou autônomos ou pensionistas.
 - h) Funcionários que tenham cargo público eletivo e que, cumulativamente, não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, secretários e outros de nomeação em Diário Oficial;
 - i) Funcionário público, exceto funcionários regidos pela CLT;

- j) Campanhas de demissões em massa, entendidas para fins deste seguro como os casos em que empresas demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- k) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- l) Quando o vínculo empregatício entre segurado e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados;
- m) Segurado que estiver afastado por acidente pessoal ou doença da sua função na data da contratação do seguro;
- n) Abandono de emprego por parte do segurado, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- o) Perda de um vínculo empregatício quando o segurado tiver mais de um vínculo simultâneo de mais de 30 horas, em empresa distinta, no mesmo período;
- p) Por fusões, falência, recuperação judicial ou extrajudicial ou privatização do empregador;
- q) Prestação de Serviço Militar;
- r) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
- s) Quando o segurado for membro do conselho de administração da empresa, cujo segurado é empregado;
- t) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
- u) Greves ou outras disputas trabalhistas.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho (CTPS): página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e páginas anterior e posterior em branco;
 - b) Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;
 - c) Comprovante de recebimento do FGTS.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico decorrente exclusivamente de acidente pessoal, que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação.
 - 1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**
 - 1.1.2. **O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.**
 - 1.1.3. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**
 - 1.1.4. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**
 - 1.1.5. **O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico.
- 2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.
- 2.3. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
 - c) entorses, distensões e contusões;
 - d) transtornos mentais e psiquiátricos;
 - e) lesões que não requerem atenção médica;
 - f) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - g) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - i) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.
 - j) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - k) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
 - l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - m) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - n) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
 - p) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

- 4.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

- 5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**
- 5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - c) laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
 - e) comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.
- 6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - DITAD

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico decorrente de acidente pessoal ou de doença, que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação.
 - 1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**
 - 1.1.3. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**
 - 1.1.4. **O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico.
- 2.2. **Doença:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 2.3. **Doença Crônica:** Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.
- 2.4. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador do tratamento médico que impossibilite o Segurado de exercer sua profissão ou ocupação.
- 2.5. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

- 2.6. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
 - c) entorses, distensões e contusões;
 - d) transtornos mentais e psiquiátricos;
 - e) lesões que não requerem atenção médica;
 - f) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - g) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - h) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.
 - k) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - l) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - n) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.
- 4.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

- 5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**
- 5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - c) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;
 - d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
 - e) comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.
- 6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - ITTA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente no pagamento de indenização quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico **por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, e desde que seja profissional autônomo e/ou liberal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura.**
 - 1.1.2. **O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.**
 - 1.1.3. **A cobertura é devida após o período de franquia.**
 - 1.1.4. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**
 - 1.1.5. **O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do Segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico.
- 2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.
- 2.3. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.
- 2.4. **Profissional Autônomo e/ou Liberal:** são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
- b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
- c) entorses, distensões e contusões;
- d) transtornos mentais e psiquiátricos;
- e) lesões que não requerem atenção médica;
- f) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- g) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.
- j) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- k) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- n) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- p) quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.

4.1.1. **As parcelas serão pagas de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**

4.1.2. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em decorrência de Acidente Pessoal coberto, enquanto estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**

4.2. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

4.3. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**

5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- c) laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- e) comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA- ITTAD

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença consiste no pagamento de indenização quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **desde que seja profissional autônomo e/ou liberal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida após o período de franquia.**
 - 1.1.3. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**
 - 1.1.4. **O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico.
- 2.2. **Doença:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.
- 2.3. **Doença Crônica:** Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.
- 2.4. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador da incapacidade física total e temporária que impossibilite o Segurado de exercer sua profissão ou ocupação.
- 2.5. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

- 2.6. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.
- 2.7. **Profissional Autônomo e/ou Liberal:** são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
 - c) entorses, distensões e contusões;
 - d) transtornos mentais e psiquiátricos;
 - e) lesões que não requerem atenção médica;
 - f) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - g) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - h) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.
 - k) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - l) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
 - m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

- n) **gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.
- 4.1.1. **As parcelas serão pagas de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**
- 4.1.2. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, enquanto estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**
- 4.2. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.
- 4.3. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

- 5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**
- 5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - c) laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
 - e) comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

- h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.
- 6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE FRATURA DE OSSOS - ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Fratura de Ossos - Acidente consiste no pagamento, de uma única vez, de uma indenização em decorrência de fratura de ossos do segurado, relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas constante do Item 4 destas condições especiais aplicados sobre o valor do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Fratura completa:** ocorre quando a fratura ocorre em toda superfície do osso, ficando este dividido em duas partes distintas;
- 2.2. **Fratura incompleta:** ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea, permanecendo os seguimentos ainda unidos;
- 2.3. **Fratura cominutiva:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- 2.4. **Fratura exposta:** ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes são rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;
- 2.5. **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio ao nível do punho; e
- 2.6. **Fratura dos dedos:** para efeito desta cobertura, considera-se a fratura de no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea);
 - b) fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose);
 - c) fratura de osso com doença antes do início da cobertura do seguro;
 - d) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;

- e) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- f) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- g) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- i) eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas condições gerais.

4. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

- 4.1. O valor da indenização será calculado de acordo com o valor do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, aplicando-se os percentuais indicados na Tabela de Fraturas a seguir:

Tabela de Fraturas

Fratura Coberta	% do Capital Segurado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve ou Bacia	80%
Crânio	53%
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40%
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33%
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27%
Pescoço	25%
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20%
Oso esterno, patela (rótula)	13%
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cócix	10%
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (cada)	1%

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) relatório detalhado do médico assistente atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito;
 - b) radiografias e outros exames complementares que tenham sido realizados do segmento atingido;
 - c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - d) laudo da perícia técnica, se houver;
 - e) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - f) laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE QUEIMADURAS GRAVES

1. OBJETIVO

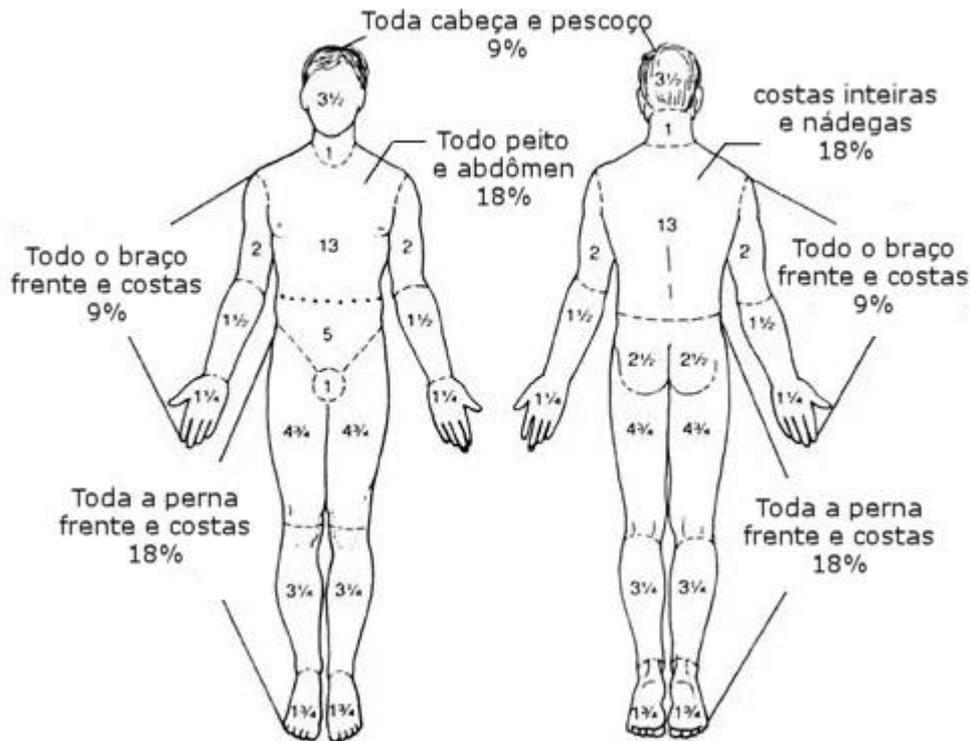
- 1.1. A cobertura Queimaduras Graves consiste no pagamento, de uma única vez, de uma indenização caso o Segurado sofra queimaduras graves, cujo tratamento exija internação hospitalar e cirurgia, e envolva mais de 20% da superfície corporal com a presença de queimaduras de 2º e 3º graus **relacionadas exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura, entende-se como:

- 2.1.1. **Queimadura:** decomposição do tecido produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas (fogo, vapor, líquidos quentes, produtos químicos corrosivos, eletricidade, radiação, incluindo luz solar) afetando pelo menos a epiderme e a derme.
- 2.1.2. **Queimadura de 1º grau:** são aquelas que envolvem apenas a epiderme, a camada mais superficial da pele, com vermelhidão sem bolhas e inchaço local.
- 2.1.3. **Queimadura de 2º grau superficial:** são aquelas que atingem a epiderme e a porção mais superficial da derme (2ª camada da pele), em que os sintomas são parecidos com os da queimadura de 1º grau, mas com a presença de bolhas e uma aparência úmida da lesão.
- 2.1.4. **Queimadura de 2º grau profunda:** são aquelas que atingem a epiderme e a derme (2ª camada da pele), sendo semelhantes às queimaduras de 3º grau.
- 2.1.5. **Queimadura de 3º grau:** são as queimaduras profundas que acometem toda a derme e atinge tecidos subcutâneos, com destruição total de nervos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e capilares sanguíneos, podendo inclusive atingir músculos e estruturas ósseas. São lesões esbranquiçadas/acinzentadas, secas, indolores e deformantes que não curam sem apoio cirúrgico, necessitando de enxertos.
- 2.1.6. **Queimadura Grave:** é aquela cujo tratamento exige internação hospitalar e cirurgia, e envolve mais de 20% da superfície corporal com a presença de queimaduras de 2º e 3º graus.

2.1.7. **Extensão da queimadura:** a extensão da queimadura no corpo será avaliada utilizando-se a “regra dos 9”, sistema usado para se determinar a porcentagem do corpo afetado por queimaduras, conforme figura ilustrativa a seguir.



2.1.8. **Cirurgia plástica reparadora:** cirurgia para reconstituir ou modificar uma parte do corpo humano com o objetivo de corrigir um defeito de ordem funcional, que atrapalhe a função de um membro ou de uma musculatura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- tratamentos estéticos;
- cirurgias plásticas, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora;
- queimaduras de 1º grau;
- queimaduras decorrentes de autoagressão;
- queimaduras provenientes da exposição excessiva ao sol ou da utilização de qualquer técnica de bronzeamento artificial;
- exposição ao frio não decorrente de acidente pessoal;
- acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa ao acidente pessoal;

- h) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro;
- i) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) Prontuário Médico do primeiro atendimento, exames objetivos e relatório médico que comprovem as partes afetadas do corpo do segurado, o tipo e grau da queimadura e a porcentagem da superfície do corpo afetada de acordo com a “Regra dos 9”;
 - b) relatório detalhado do médico assistente atestando as queimaduras, anexando os exames realizados pelo segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito;
 - c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - d) laudo da perícia técnica, se houver;
 - e) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - f) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;
 - g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR DOENÇA - PVD

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Perda de Visão por Doença consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de diagnóstico definitivo de perda total da visão provocada por doença ocorrida durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Após indenizada a perda de visão por doença, a cobertura do seguro cessa automaticamente.
 - 1.1.2. A perda da visão por doença de apenas um olho não caracteriza o direito à indenização, exceto se o Segurado já tiver a perda total da visão do outro olho antes do evento coberto.
 - 1.1.3. A perda da visão deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora, respaldada por exames de diagnóstico.
 - 1.1.4. A aposentadoria por invalidez em decorrência da perda da visão concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o direito à indenização.
 - 1.1.5. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Perda Total da Visão por Doença:** caracteriza-se pela acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de quaisquer eventos provocados, desencadeados ou agravados por acidente pessoal conforme descrito nas condições gerais.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) relatório detalhado do médico atestando a perda total da visão informando o início da doença, com descrição da patologia, procedimentos realizados e o caráter permanente;
 - b) exames utilizados para o diagnóstico, acompanhados dos respectivos laudos;
 - c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico;
 - d) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - e) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - f) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE - PVA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Perda de Visão por Acidente consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso da perda total da visão em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, a seguradora pagará a indenização se constatada a redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão em ambos os olhos.**
 - 1.1.2. **Após indenizada a perda de visão por acidente, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**
 - 1.1.3. **A perda da visão deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.**
 - 1.1.4. **A aposentadoria por invalidez em decorrência da perda da visão concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o direito à indenização.**
 - 1.1.5. **Se, depois de paga indenização pela perda total da visão em caso de acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.**
 - 1.1.6. **A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**
 - b) **quaisquer 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 pessoal.**
 - c) **quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.**

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:
- a) relatório detalhado do médico atestando a perda total da visão, com descrição da patologia, procedimentos realizados e o caráter permanente;
 - b) exames utilizados para o diagnóstico, acompanhados dos respectivos laudos.
 - c) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - d) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - e) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - AXF

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Auxílio Funeral consiste no reembolso ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, das despesas com o funeral do segurado, no caso de seu falecimento durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
- 1.2. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.**
- 1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.
- 1.4. As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.
 - 1.4.1. Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura.

2. GASTOS PASSÍVEIS DE REEMBOLSO

2.1. São reembolsáveis pelo seguro os gastos com:

- I. **carro funerário:** à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
- II. **coroa de flores:** uma coroa confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
- III. **ornamentação de urna:** flores da época para o interior da urna;
- IV. **paramentos:** velas e aluguel de castiçais que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
- V. **registro do óbito;**
- VI. **taxas de sepultamento:** taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.
- VII. **caixão:** pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.
- VIII. **Repatriamento (até o município de moradia habitual);**
- IX. **Aluguel de Jazigo:** Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 03 (três) anos e 01 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, está também excluída qualquer despesa não prevista no item 2 destas condições especiais, tais como:
- a) roupas em geral;
 - b) anúncio em rádio ou jornal;
 - c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
 - d) xerox da documentação;
 - e) café, bebidas e refeições em geral;
 - f) compra de Jazigo;
 - g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
 - h) lápides e/ou gravações;
 - i) cruzeiros;
 - j) reforma em geral no jazigo;
 - k) exumação de corpo em jazigo da família;
 - l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
 - m) necromaquiagem;
 - n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;
 - o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) comprovantes originais das despesas;
 - b) certidão de óbito do segurado;
 - c) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - e) cópia de laudos e exames médicos;
 - f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - g) laudo de necropsia, se houver; e
 - h) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

- k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE - AXF

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Auxílio Funeral por Acidente consiste no reembolso ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, das despesas com o funeral do segurado, no caso de seu falecimento durante o período de vigência do seguro **em decorrência exclusivamente de Morte Acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
- 1.2. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez.**
- 1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.
- 1.4. As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.
 - 1.4.1. Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura.

2. GASTOS PASSÍVEIS DE REEMBOLSO

2.1. São reembolsáveis pelo seguro os gastos com:

- I. **carro funerário:** à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
- II. **coroa de flores:** uma coroa confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
- III. **ornamentação de urna:** flores da época para o interior da urna;
- IV. **paramentos:** velas e aluguel de castiçais que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
- V. **registro do óbito;**
- VI. **taxas de sepultamento:** taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.
- VII. **caixão:** pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.
- VIII. **Repatriamento (até o município de moradia habitual);**
- IX. **Aluguel de Jazigo:** Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 03 (três) anos e 01 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, está também excluída qualquer despesa não prevista no item 2 destas condições especiais, tais como:
- a) roupas em geral;
 - b) anúncio em rádio ou jornal;
 - c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
 - d) xerox da documentação;
 - e) café, bebidas e refeições em geral;
 - f) compra de Jazigo;
 - g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
 - h) lápides e/ou gravações;
 - i) cruzeiros;
 - j) reforma em geral no jazigo;
 - k) exumação de corpo em jazigo da família;
 - l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
 - m) necromaquiagem;
 - n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;
 - o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) comprovantes originais das despesas;
 - b) certidão de óbito do segurado;
 - c) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - e) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
 - f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - g) laudo de necropsia, se houver; e
 - h) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

- k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA - AXCB

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Auxílio Cesta Básica consiste no pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e da forma prevista no Certificado Individual, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido **durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. De acordo com o estabelecido no Certificado Individual, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

2. FORMA DE INDENIZAÇÃO

- 2.1. Quando contratada a opção de indenização por meio do fornecimento de cestas de alimentos, estas serão entregues ao beneficiário, de acordo com o valor da indenização referencial, a periodicidade e o prazo estabelecidos no Certificado Individual.
 - 2.1.1. O valor de indenização referencial abrangerá a aquisição de gêneros alimentícios e a embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor de indenização.
 - 2.1.2. A composição da cesta de alimentos poderá variar em consequência da oferta de produtos e/ou oscilações de preço.
 - 2.1.3. As cestas serão entregues pela prestadora de serviços contratada pela seguradora nas datas e local indicados pelo segurado ou pelo beneficiário.
 - 2.1.4. **Não haverá reembolso por qualquer produto adquirido diretamente pelo beneficiário.**
- 2.2. Quando contratada a opção de indenização por meio do crédito do valor da indenização em cartão magnético, o prestador de serviços contratado pela seguradora fornecerá o cartão magnético e a senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
- c) cópia do prontuário médico-hospitalar;
- d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- f) laudo de necropsia, se houver; e
- g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - AXCBA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Auxílio Cesta Básica consiste no pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e da forma prevista no Certificado Individual, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. De acordo com o estabelecido no Certificado Individual, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

2. FORMA DE INDENIZAÇÃO

- 2.1. Quando contratada a opção de indenização por meio do fornecimento de cestas de alimentos, estas serão entregues ao beneficiário, de acordo com o valor da indenização referencial, a periodicidade e o prazo estabelecidos no Certificado Individual.
 - 2.1.1. O valor de indenização referencial abrangerá a aquisição de gêneros alimentícios e a embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor de indenização.
 - 2.1.2. A composição da cesta de alimentos poderá variar em consequência da oferta de produtos e/ou oscilações de preço.
 - 2.1.3. As cestas serão entregues pela prestadora de serviços contratada pela seguradora nas datas e local indicados pelo segurado ou pelo beneficiário.
 - 2.1.4. **Não haverá reembolso por qualquer produto adquirido diretamente pelo beneficiário.**
- 2.2. Quando contratada a opção de indenização por meio do crédito do valor da indenização em cartão magnético, o prestador de serviços contratado pela seguradora fornecerá o cartão magnético e a senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
- c) cópia do prontuário médico-hospitalar;
- d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- f) laudo de necropsia, se houver; e
- g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE - AXN

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Natalidade consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, à segurada gestante pelo parto, ou ao segurado pelo parto de sua esposa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **A companheira é equiparada à esposa, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- a) **eventos decorrentes do uso pela gestante de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados;**
- b) **qualquer influência de fator ambiental, constatada ou declarada por instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;**
- c) **inabilidade ou mau uso de produtos químicos, ou de outros produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde da mãe e/ou do feto;**
- d) **parto de filho natimorto, aborto e suas consequências; e**
- e) **doença congênita preexistente, ou de conhecimento durante a gestação, antes do término do período de carência.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) cópia da certidão de nascimento do filho do segurado;
- b) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- c) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- d) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- e) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL - AXE

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Auxílio Emergencial consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) certidão de óbito do segurado;
 - b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - c) cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
 - e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - f) laudo de necropsia, se houver; e
 - g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL POR ACIDENTE - AXEA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Auxílio Emergencial consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) certidão de óbito do segurado;
 - b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - c) cópia do prontuário médico-hospitalar;
 - d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
 - e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - f) laudo de necropsia, se houver; e
 - g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - CASAMENTO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida - Casamento consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de casamento civil ou contrato matrimonial do segurado durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) casamento oficial ou contrato matrimonial do segurado após o início do contrato de seguro, observada a carência.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a formalização legal de uniões estáveis anteriores ao início de vigência do seguro.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de casamento do segurado ou outro documento comprobatório do contrato matrimonial;
- b) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do casamento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - DIVÓRCIO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida - Divórcio consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de divórcio ou separação oficial do segurado durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) divórcio ou separação oficial do segurado realizado após o início do contrato de seguro, observada as regras de carência.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **formalização legal de processo de divórcio ou de separação anterior ao início de vigência do seguro;**
- b) **separação em caso de união consensual, exceto a união estável com contrato registrado em cartório.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de casamento com averbação do divórcio;
- b) certidão de escritura pública de separação ou a certidão de escritura pública de divórcio;
- c) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do divórcio ou separação oficial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - GRADUAÇÃO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida - Graduação consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de graduação em curso de nível superior (Bacharelado, Licenciatura ou Tecnólogo) de um filho do segurado durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Somente haverá cobertura para a 1º (primeira) graduação de um dos filhos do segurado ocorrida após o início do contrato de seguro, observada as regras de carência.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho:** Para efeito desta cobertura é o filho, o enteado ou o menor considerado dependente do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF, dependência que deve ser comprovada pela Declaração de Imposto de Renda do segurado do ano anterior ao da graduação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certificado de conclusão ou outro documento comprobatório da graduação;
- b) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao da graduação.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – MUDANÇA DE RESIDÊNCIA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida – Mudança de Residência consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de mudança de residência do segurado durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Somente haverá cobertura para uma mudança de residência realizada pelo segurado durante a vigência do contrato de seguro, observada as regras de carência.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) comprovantes de endereço, anterior e atual (pós-mudança);
- b) comprovantes de despesas com a mudança ou outro documento comprobatório da realização da mudança;
- c) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do casamento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – ADOÇÃO

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Eventos da Vida – Adoção consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de adoção de um ou mais filhos pelo segurado durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **Somente haverá cobertura para um processo de adoção durante a vigência do contrato de seguro, observada as regras de carência.**
 - 1.1.2. **O valor da indenização é único, e não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado, independentemente do número de crianças adotadas no mesmo processo.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) **reconhecimento de enteado como filho (adoção de enteado);**
 - b) **adoção de menor já considerado dependente do segurado;**
 - c) **processo de adoção anterior ao início de vigência do seguro.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) **cópia da certidão de nascimento do filho adotado pelo segurado ou outro documento comprobatório;**
 - b) **cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do casamento.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO - AME

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Auxílio Medicamento consiste no reembolso das despesas com a compra de medicamentos emergenciais efetuadas pelo segurado, sob orientação médica ou odontológica, decorrentes de acidente pessoal ou doença ocorridos durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) compra de medicamentos não exigidos diretamente pelo acidente ou pela doença;
 - b) medicamentos de uso contínuo;
 - c) gravidez e suas consequências;
 - d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
 - e) cirurgias plásticas e qualquer outro tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou para obesidade;
 - f) tratamentos para doenças mentais e/ou psiquiátricas, para senilidade, geriatria ou rejuvenescimento, e suas consequências;

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) cópia relatório do médico ou do dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM ou equivalente, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
 - b) cópias de laudos e exames relacionados com a lesão ou doença, realizados para atendimento emergencial do segurado;
 - c) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - d) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - f) cópias dos comprovantes da prescrição médica (receitas);
 - g) comprovantes das despesas com medicamentos;

- h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE COMA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Coma consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, caso o segurado fique em coma, de acordo com as definições a seguir, em decorrência exclusivamente de um acidente pessoal ocorrido durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **Estão cobertos:**

- o coma induzido;
- o coma estrutural, quando decorrente de acidente pessoal;
- o coma não-estrutural que seja decorrente de intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, em função de acidente pessoal coberto.

1.1.2. **Está coberto apenas o coma que corresponda a um escore inferior a 8, de acordo com a Escala de Coma de Glasgow.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Coma:** é uma condição que se caracteriza pela redução do nível de consciência em que uma pessoa parece estar dormindo, não responde aos estímulos do ambiente e não demonstra saber sobre si mesmo. Nesta situação, o cérebro continua produzindo sinais elétricos capazes de manter as funções vitais.

2.2. **Coma induzido:** também chamado de sedação, é o tipo de coma que ocorre pela administração de medicamentos na veia que reduzem a função cerebral, sendo indicada pelos médicos para proteger o cérebro de uma pessoa com traumatismo cranioencefálico, reduzindo o inchaço e evitando o aumento da pressão intracraniana, ou para manter a pessoa respirando por aparelhos.

2.3. **Coma estrutural:** é o tipo de coma que surge a partir de uma lesão em alguma estrutura do cérebro ou do sistema nervoso, devido a um traumatismo cranioencefálico, por causa de um acidente, ou por causa de lesões cerebrais provocadas por acidente vascular cerebral.

2.4. **Coma não-estrutural:** ocorre quando a pessoa fica de coma por causa de situações de intoxicação por uso de medicamentos, drogas ou álcool em excesso, porém também pode aparecer em pessoas com diabetes muito descompensadas, levando a um mau funcionamento do cérebro e consequentemente ao coma.

2.5. **Escala de Coma de Glasgow:** é uma técnica desenvolvida na Universidade de Glasgow, na Escócia, para avaliar situações de trauma, especificamente de traumatismo cranioencefálico, permitindo a identificação de problemas neurológicos, a avaliação do nível de consciência da pessoa e ainda prever o prognóstico.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - c) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - d) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
 - e) acidentes médicos ou qualquer outro evento que não se inclua no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto, sendo a cobertura cancelada após a perda total da visão de ambos os olhos pelo segurado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - d) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - e) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - f) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Cirurgia Plástica Estética em Caso de Acidente consiste no pagamento, de uma única vez, de uma indenização caso o Segurado seja submetido a cirurgia plástica hospitalar por razões estéticas, conforme definições a seguir, **em decorrência exclusivamente de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Para fins desta cobertura, entende-se como:**
 - 2.1.1. **Cirurgia plástica hospitalar:** procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo do paciente, realizado em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, e **que tenha, com base em critérios das sociedades médicas, a indicação de internação hospitalar igual ou superior a 48 horas após realização do procedimento cirúrgico.**
 - 2.1.2. **Cirurgia ambulatorial ou pequena cirurgia:** procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, que podem ser realizados sem necessidade de internação, ou com internação por prazo inferior a 48 horas.
 - 2.1.3. **Cirurgia plástica estética:** cirurgia para reconstituir ou modificar uma parte do corpo humano com o objetivo exclusivo de melhorar a sua aparência, e não para melhorar funções.
 - 2.1.4. **Cirurgia plástica reparadora:** cirurgia para reconstituir ou modificar uma parte do corpo humano com o objetivo de corrigir um defeito de ordem funcional, que atrapalhe a função de um membro ou de uma musculatura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - a) **Qualquer cirurgia não relacionada às consequências de um acidente pessoal coberto;**
 - b) **Cirurgia que não corresponda a um procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar, e que não exija permanência no hospital superior a 48 horas, após realização do procedimento;**
 - c) **Cirurgia ambulatorial ou pequena cirurgia;**
 - d) **Cirurgia plástica reparadora;**
 - e) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**

- f) **Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente pessoal coberto.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
 - d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
 - e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
 - f) laudo da perícia técnica, se houver;
 - g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - h) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;
 - i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE BENEFÍCIO POR AGRESSÃO CRIMINOSA OU CRIME VIOLENTO

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de falecimento do segurado ou da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de acidente decorrente de um crime ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte ou a invalidez permanente do Segurado.**
 - 1.1.2. **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.**
 - 1.1.3. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**
 - 1.1.4. **Se, depois de paga a indenização por uma invalidez permanente por acidente decorrente de um crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão de uma indenização por invalidez permanente total.**
 - 1.1.5. **A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.**

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

- 2.1. No caso de falecimento do segurado, a seguradora pagará uma indenização correspondente ao Capital Segurado contratado para a cobertura.
- 2.2. No demais casos, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais do Capital Segurado contratado para a cobertura estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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	09
	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	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----	

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 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	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

- 2.2.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.2.2. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.2.3. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.2.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.2.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.2.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

2.2.7. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

2.2.8. O pagamento da indenização por invalidez permanente referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um crime;
- c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de um crime;
- d) quaisquer 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 um crime;
- e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

- a) Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;
- b) laudo da perícia técnica, se houver;
- c) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;
- f) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;
- g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

- j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA - DIA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Despesas com Assistência à Infância consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas de assistência à infância e cuidados infantis de menores de 14 (quatorze) anos, dependentes do Segurado, em caso de hospitalização em razão de um Acidente Pessoal ou doença ocorridos durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **Esta cobertura pode ser contratada apenas em conjunto com a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - DIHA ou com a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD.**
 - 1.1.2. **A indenização é devida somente nos casos em que o segurado tenha sido também indenizado pela cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - DIHA ou pela cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Assistência à infância e cuidados infantis:** Conjunto de atividades desempenhado por acompanhante contratado e/ou babá para alimentação, entretenimento, orientação, suporte e supervisão dos dependentes de até 14 anos durante o período de internação hospitalar do segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídas as despesas realizadas após a alta hospitalar do segurado.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) comprovantes das despesas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA OU VEÍCULO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com a adaptação da casa ou do veículo do segurado, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente do segurado, cuja perda, redução ou impotência funcional definitiva seja maior do que 50% (cinquenta por cento), **em decorrência exclusivamente de um acidente pessoal ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **A cobertura de Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente pode ser contratada apenas em conjunto com umas das coberturas para eventos de invalidez permanente por acidente (IPA, IPAM, IPAC, IPATC, IPAT ou IPTA);**
 - 1.1.2. **Está coberta a perda, redução ou impotência funcional definitiva que tenha sido indenizada por este seguro, em uma das coberturas de invalidez (IPA, IPAM, IPAC, IPATC, IPAT ou IPTA) por um percentual maior do que 50% (cinquenta por cento) do capital segurado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) comprovantes das despesas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Lesão Ocupacional - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/HIV positivo) **em decorrência do exercício de sua profissão, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida:** Doença Infecto-contagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **eventos não relacionados ao exercício da profissão do segurado;**
 - b) **portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;**
 - c) **portadores do HIV sem a manifestação de doenças oportunistas relacionadas.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto, sendo a cobertura cancelada após a indenização.**

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) **declaração do médico infectologista indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar ainda informações e registros médicos que indiquem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença, a data em que iniciou o tratamento, a evolução clínica da doença, bem como os tratamentos realizados; e**

- b) cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
- c) os resultados do exames de hemograma, testes de função hepática e renal, teste anti-HIV (ELISA), antiHBc, HBsAg, anti-HCV e anti-HBs, e de outros exames realizados logo após o acidente de trabalho; e
- d) os resultados dos testes anti-HIV (ELISA) realizados após 6 e 12 semanas, e após 6 meses do acidente de trabalho;
- e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – HEPATITE B OU C

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Lesão Ocupacional - Hepatite B ou C consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de Hepatite B ou C, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Hepatite:** doença infecciosa aguda ou crônica do fígado, causada por agentes virais (vírus do tipo B ou C).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- a) **eventos não relacionados ao exercício da profissão do segurado;**
 - b) **qualquer outro tipo de hepatite, que não as Hepatites B ou C.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto, sendo a cobertura cancelada após a indenização.**

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) Declaração do médico infectologista indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar ainda informações e registros médicos que indiquem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença, a data em que iniciou o tratamento, a evolução clínica da doença, bem como os tratamentos realizados; e
 - b) cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
 - c) os resultados do exames de hemograma, testes de função hepática e renal, teste anti-HIV (ELISA), antiHBc, HBsAg, anti-HCV e anti-HBs, e de outros exames realizados logo após o acidente de trabalho; e

- d) os resultados dos testes anti-HBc, HBsAg, anti-HCV e anti-HBs e de dosagem sérica de enzimas hepáticas (TGO e TGP) realizados após 6 meses do acidente de trabalho;
- e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Reciclagem Profissional do Cônjuge consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com cursos de formação e treinamento profissional do cônjuge do segurado, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do curso de formação ou de treinamento profissional.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Cônjuge:** é a(o) esposa(o) do segurado(a). A(O) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Comprovante da inscrição/matricula do curso de reciclagem;
- c) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente consiste no, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com cursos de formação e treinamento profissional do cônjuge do segurado, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do curso de formação ou de treinamento profissional.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Cônjuge:** é a(o) esposa(o) do segurado(a). A(O) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Comprovante da inscrição/matricula do curso de reciclagem;
- c) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Despesas de Treinamento Vocacional consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com programas de orientação ou treinamento vocacional dos filhos do segurado, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do programa de orientação ou treinamento vocacional.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho:** Para efeito desta cobertura é o filho, o enteado ou o menor considerado dependente do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF, dependência que deve ser comprovada pela Declaração de Imposto de Renda do segurado do ano anterior ao da graduação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
- c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;
- d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- f) laudo de necropsia, se houver;
- g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- h) Comprovante da inscrição/matrícula do treinamento vocacional; e
- i) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Despesas de Treinamento Vocacional por acidente consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com programas de orientação ou treinamento vocacional dos filhos do segurado, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do programa de orientação ou treinamento vocacional.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho:** Para efeito desta cobertura é o filho, o enteado ou o menor considerado dependente do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF, dependência que deve ser comprovada pela Declaração de Imposto de Renda do segurado do ano anterior ao da graduação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) certidão de óbito do segurado;
- b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
- c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;
- d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- f) laudo de necropsia, se houver;
- g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- h) Comprovante da inscrição/matricula do treinamento vocacional; e
- i) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS - IEPF

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Indenização Especial de Filhos Póstumos consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura ao responsável legal pelo(s) nascituro(s), de uma única vez, em caso de falecimento do segurado durante o período gestacional em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **Quando o segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos após a data do óbito do segurado.**
 - 1.1.2. **Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre os nascituros.**
 - 1.1.3. **Os natimortos, conforme definição no item 2.2. a seguir, não estão cobertos.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Nascituro:** Para efeito desta cobertura, é o filho biológico do segurado que já foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu.
- 2.2. **Natimorto:** Para efeito desta cobertura, considera-se natimorto o feto que morre dentro do útero da mãe ou durante o parto, **após a vigésima terceira semana de gestação.**
- 2.3. **Responsável legal:** É a mãe, pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.
- 2.4. **Período gestacional:** período entre a concepção e o momento do nascimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos:**
 - a) **os natimortos;**
 - b) **os nascimentos anteriores ao óbito do segurado.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
 - a) **certidão de óbito do segurado;**
 - b) **Declaração Médica assinada pelo médico assistente;**

- c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;
- d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- f) laudo de necropsia, se houver; e
- g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS POR ACIDENTE - IEFPA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura ao responsável legal pelo(s) nascituro(s), de uma única vez, em caso de falecimento do segurado durante o período gestacional **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Quando o segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos após a data do óbito do segurado.
 - 1.1.2. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre os nascituros.
 - 1.1.3. Os natimortos, conforme definição no item 2.2. a seguir, não estão cobertos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Nascituro:** Para efeito desta cobertura, é o filho biológico do segurado que já foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu.
- 2.2. **Natimorto:** Para efeito desta cobertura, considera-se natimorto o feto que morre dentro do útero da mãe ou durante o parto, **após a vigésima terceira semana de gestação.**
- 2.3. **Responsável legal:** É a mãe, pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.
- 2.4. **Período gestacional:** período entre a concepção e o momento do nascimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos:
 - a) os natimortos;
 - b) os nascimentos anteriores ao óbito do segurado.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) certidão de óbito do segurado;
 - b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
 - c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;
 - d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
 - e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
 - f) laudo de necropsia, se houver; e
 - g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
 - j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
 - k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE NÃO COMPARECIMENTO

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura Não Comparecimento consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas irrecuperáveis com ingressos e custos de viagens para shows, filmes, sessões de cinemas ou teatros, festivais, cursos e workshops, feiras, conferências, eventos esportivos como corridas, maratonas, jogos, eventos de tecnologia e meetups ou eventos religiosos, quando o Segurado ficar impedido de estar no evento, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, descontada a franquia e observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
- 1.1.1. **Estão amparados pela cobertura os eventos ocorridos entre a data da compra do ingresso e a data do evento.**
- 1.1.2. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário.**
- 1.1.3. **A seguradora indenizará a parte não reembolsável das despesas que o Segurado já pagou até a data de contratação do seguro, ou que tenha celebrado formalmente o compromisso de pagar até a data da contratação do seguro, em contratos que não possam ser cancelados, ou que prevejam somente uma devolução parcial.**
- 1.1.4. **Estarão amparados pela cobertura as ocorrências que impeçam o Segurado de estar no evento, e que sejam consequência única e exclusivamente:**
- a) **Da morte ou internação hospitalar em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do Segurado.**
 - b) **Da morte ou da internação hospitalar do cônjuge, pai(s), irmão(s) ou filho(s) do Segurado, ocorrido até 30 dias antes do evento.**
 - c) **Do recebimento de notificação para comparecimento em juízo, improrrogável, para o Segurado comparecer perante a Justiça, desde que o recebimento da referida notificação seja posterior a contratação do seguro e que impeça a participação do Segurado no evento.**
 - d) **Da ocorrência de danos causados por incêndio, roubo ou força da natureza nas dependências do imóvel residencial ou comercial de uso habitual do Segurado, tornando-os inabitáveis e, inevitavelmente, justificando a presença do Titular no local, desde que ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.**
 - e) **Da convocação do Segurado para participar como membro das eleições oficiais do país de origem, desde que ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.**
 - f) **Da convocação judicial do Segurado como tutor em adoção de menor(es) ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.**

- g) De transtornos na gravidez da Segurada ou cônjuge do Segurado, ocorrido após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.
- h) Da convocação do Segurado para um transplante de órgão ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.
- i) Do sequestro do Segurado, cônjuge, pai(s), irmão(s) ou filho(s) do Segurado, ocorrido no prazo de 15 dias antes do evento e que impeça a sua participação.
- j) Do roubo ou extravio de documentos, bagagem ou equipamento de prova do Segurado ocorrida num período de 48 horas antes do evento e que impeça a sua participação.
- k) Da transferência de local de trabalho do Titular (para outro Estado ou Município distante a, pelo menos, 100 Km do local anterior), mediante comunicação formal e de urgência ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.
- l) da detenção do Segurado por autoridade policial em decorrência de processo não criminal, ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.
- m) Da convocação judicial do Segurado para tramitação de processo de divórcio, ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.
- n) Da concessão de bolsa de estudo ao Segurado, ocorrida após a contratação do seguro e que impeça a participação no evento.
- o) De acidente com vítimas, desde que ocorrido durante o período de cobertura do seguro ou durante o trajeto que impeça o comparecimento do Segurado ao evento.
- p) Da necessidade de viagem a trabalho desde que seja formalmente convocado pelo empregador.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Ocorridos em data anterior à contratação do Seguro, ou cuja ocorrência, após o início de vigência do seguro, já seja do conhecimento do Segurado na data da contratação.
- b) Da não apresentação da cópia do contrato da prestação de serviços discriminando as penalizações e custos a serem arcados pelo Segurado.
- c) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de Acidente Pessoal coberto ocorrido no período de cobertura do Seguro;
- d) tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgias e períodos de convalescença a ele relacionados;
- e) Tratamento fisioterápico;

- f) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
- g) hospitalizações quando o paciente não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- h) as internações em instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital, Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados, Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas, Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais, casa de saúde para convalescentes, unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação, clínicas de emagrecimento e SPA.
- i) Cancelamentos ocorridos pela organização dos eventos cobertos (No-Show).

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 15 das condições gerais do seguro:
- a) certidão de óbito (do segurado, cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do segurado, conforme o caso);
 - b) Em caso internação hospitalar do cônjuge, pai(s), irmão(s) ou filho(s) do Segurado: cópia do relatório médico que determinou a internação, cópia de todos os exames realizados, cópia do prontuário médico e cópia dos documentos comprobatórios da condição do parentesco;
 - c) No caso de ocorrência de danos causados por incêndio, roubo ou força da natureza nas dependências do imóvel residencial ou comercial de uso habitual do Segurado: comprovantes da autoridade policial e comprovantes da propriedade ou posse do imóvel;
 - d) Em caso de convocação do Segurado para participar como membro das eleições oficiais do país de origem: cópia do comprovante da convocação com discriminação da data e local;
 - e) No caso de convocação judicial do Segurado como tutor em processo de adoção de menor(es): cópia da convocação e do processo judicial;
 - f) No caso de transtornos na gravidez da Segurada ou cônjuge do Segurado: cópia do relatório médico, cópia dos os exames médicos realizados e cópia de documentos comprobatórios da condição de cônjuge quando for o caso;
 - g) No caso de convocação do Segurado para transplante de órgão: cópia da convocação e descrição médica, cópia dos exames realizados e do prontuário médico hospitalar;
 - h) No caso de sequestro do Segurado, cônjuge, pai(s), irmão(s) ou filho(s) do Segurado: cópia do boletim de ocorrência policial e documentos comprobatórios da condição de parentesco;
 - i) No caso de roubo de documentos ou bagagem do Segurado: cópia do boletim de ocorrência policial;
 - j) No caso de convocação do Segurado para posse de cargo em serviço público ou em novo empregador: cópia da comunicação dirigida ao Segurado, cópia do Diário Oficial com a nomeação de posse ao Segurado ou cópia da Carteira Profissional, conforme o caso;

- k) No caso de transferência de local de trabalho do Segurado: cópia de comprovante de residência atual, cópia do comunicado do empregador indicando o local de destino ou região da nova moradia e cópia da carteira profissional com o registro da transferência;
- l) No caso de detenção do Segurado: cópia do mandato emitido pela autoridade policial, cópia do boletim e cópia do boletim de ocorrência ou processo judicial que determinou a detenção;
- m) No caso de convocação judicial do Segurado para tramitação de processo de divórcio: cópia da convocação/intimação e cópia do processo judicial;
- n) Comprovantes de compra;
- o) Faturas e recibos que comprovem os pagamentos efetuados;
- p) Cópia do contrato da prestação de serviços discriminando as penalizações e custos a serem arcados pelo Segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIA

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Cirurgia consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, submetido a um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo seguro, sob critérios devidamente especificados no item “**3. RISCOS COBERTOS**” desta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **Sendo constatado e comunicado à seguradora a primeira cirurgia, não poderá haver cumulação de pagamento do capital segurado para mais de uma cirurgia.**
 - 1.1.2. **Se constatada a preexistência de qualquer doença que seja de conhecimento do Segurado no momento da contratação e não declarada na proposta de adesão, o seguro ficará cancelado de pleno direito sem qualquer pagamento de indenização ou devolução de prêmios.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além dos conceitos apresentados no item “**2. DEFINIÇÕES**” das condições gerais, aplicam-se para efeito desta cobertura as seguintes definições:
 - 2.1.1. **Cirurgia:** é o procedimento médico invasivo realizado durante internação hospitalar e sob anestesia geral, que exija a permanência do segurado no hospital por período superior a 72 horas após a sua realização.
 - 2.1.2. **Internação Hospitalar:** é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Os procedimentos cirúrgicos cobertos são os pertencentes aos subgrupos indicados a seguir, pertencentes ao grupo “4 - procedimentos cirúrgicos” da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, versão março/22, **desde que tenham, de acordo com a tabela, um número máximo de dias de internações possíveis acima de 3**, ressalvados os eventos decorrentes de Riscos Excluídos e observado o disposto no item 3.2:

Código de Subgrupo	Nome do Subgrupo
2	Cirurgia de glândulas endócrinas
3	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
4	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
6	Cirurgia do aparelho circulatório
7	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
8	Cirurgia do sistema osteomuscular
9	Cirurgia do aparelho geniturinário
12	Cirurgia torácica
13	Cirurgia reparadora
14	Bucomaxilofacial
15	Outras cirurgias
16	Cirurgia em oncologia

- 3.1.1. Os códigos dos procedimentos cobertos estão listados no Anexo I.
- 3.2. **Estão cobertas as cirurgias que, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas, exijam:**
- a aplicação de anestesia geral; e
 - a internação do segurado no hospital por período superior a 72 horas após a realização da cirurgia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências;
 - b) cirurgia plástica estética;
 - c) cirurgia plástica reparadora quando decorrente de lesões preexistentes ou acidente ocorrido antes do início de vigência da cobertura;
 - d) tratamentos cirúrgicos relacionados a métodos de anticoncepção;

- e) tratamentos cirúrgicos de caráter experimental, não-éticos ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- f) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- g) procedimentos relativos à obesidade mórbida, mudança de sexo ou doenças congênitas;
- h) cirurgia dental;
- i) cirurgia a laser;
- j) cirurgias refrativas oculares;
- k) cirurgias decorrentes de doenças agravadas por traumatismos;
- l) evento que não requeira que o procedimento invasivo seja realizado em ambiente hospitalar, e/ou que não exija a permanência no hospital por período superior a 72 horas após a realização da cirurgia;
- m) cirurgias para a doação de órgãos ou de tecidos;
- n) quaisquer procedimentos que não estejam listados no Anexo 1;
- o) evento decorrente da tentativa de suicídio pelo segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) declaração do Hospital com a data de internação, da cirurgia e da alta médica;
 - b) cópia do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
 - c) relatório do médico assistente do segurado com o diagnóstico detalhado e a descrição do tratamento cirúrgico;
 - d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem o diagnóstico;
 - e) no caso de acidente pessoal: cópia do Boletim de Ocorrência Policial, cópia das peças do Inquérito Policial e laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, se houver.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL E PERMANENTE DECORRENTE DE INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente Decorrente de Intercorrências Cirúrgicas consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, no caso invalidez laborativa total e permanente causada por complicações graves decorrentes de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo seguro, sob critérios devidamente especificados no item **“3. RISCOS COBERTOS”** desta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa total e permanente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
 - 1.1.1.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à cirurgia, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas em razão da cirurgia que acarretou a invalidez.
 - 1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal causada por complicações graves decorrentes do procedimento cirúrgico atestada por profissional legalmente habilitado.
 - 1.1.3. **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, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez laborativa total e permanente por doença.**
 - 1.1.4. **A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.**
 - 1.1.5. **Não podem configurar como segurados para esta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio por parte da seguradora.**
 - 1.1.6. **Após indenizada a invalidez laborativa total e permanente, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**
 - 1.1.7. **Se constatada a preexistência de qualquer doença que seja de conhecimento do Segurado no momento da contratação e não declarada na proposta de adesão, o seguro ficará cancelado de pleno direito sem qualquer pagamento de indenização ou devolução de prêmios.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além dos conceitos apresentados no item “2. DEFINIÇÕES” das condições gerais, aplicam-se para efeito desta cobertura as seguintes definições:
- 2.1.1. **Atividade laborativa principal:** é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à cirurgia.
- 2.1.2. **Cirurgia:** é o procedimento médico invasivo realizado durante internação hospitalar e sob anestesia geral, que exija a permanência do segurado no hospital por período superior a 72 horas após a sua realização.
- 2.1.3. **Intercorrências ou Complicações Decorrentes de Cirurgia:** é o acontecimento grave não previsto que resulta em uma incapacidade total e definitiva do segurado, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, que o impeça de retornar à sua atividade laborativa principal.
- 2.1.4. **Internação Hospitalar:** é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Os procedimentos cirúrgicos cobertos são os pertencentes aos subgrupos indicados a seguir, pertencentes ao grupo “4 - procedimentos cirúrgicos” da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, versão março/22, **desde que tenham, de acordo com a tabela, um número máximo de dias de internações possíveis acima de 3**, ressalvados os eventos decorrentes de Riscos Excluídos e observado o disposto no item 3.2:

Código de Subgrupo	Nome do Subgrupo
2	Cirurgia de glândulas endócrinas
3	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
4	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
6	Cirurgia do aparelho circulatório
7	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
8	Cirurgia do sistema osteomuscular
9	Cirurgia do aparelho geniturinário
12	Cirurgia torácica
13	Cirurgia reparadora
14	Bucomaxilofacial
15	Outras cirurgias
16	Cirurgia em oncologia

- 3.1.1. Os códigos dos procedimentos cobertos estão listados no Anexo I.

3.2. Estão cobertas as cirurgias que, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas, exijam:

- a aplicação de anestesia geral; e
- a internação do segurado no hospital por período superior a 72 horas após a realização da cirurgia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências;
- b) cirurgia plástica estética;
- c) cirurgia plástica reparadora quando decorrente de lesões preexistentes ou acidente ocorrido antes do início de vigência da cobertura;
- d) tratamentos cirúrgicos relacionados a métodos de anticoncepção;
- e) tratamentos cirúrgicos de caráter experimental, não-éticos ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- f) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- g) procedimentos relativos à obesidade mórbida, mudança de sexo ou doenças congênitas;
- h) cirurgia dental;
- i) cirurgia a laser;
- j) cirurgias refrativas oculares;
- k) cirurgias decorrentes de doenças agravadas por traumatismos;
- l) evento que não requeira que o procedimento invasivo seja realizado em ambiente hospitalar, e/ou que não exija a permanência no hospital por período superior a 72 horas após a realização da cirurgia;
- m) cirurgias para a doação de órgãos ou de tecidos;
- n) quaisquer procedimentos que não estejam listados no Anexo 1;
- o) evento decorrente da tentativa de suicídio pelo segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

- a) declaração médica indicando a data da Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença, informando inclusive se há ou não a indicação de curatela;

Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em um quadro clínico incapacitante irreversível para o exercício das atividades laborativas, a indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, detalhando o quadro clínico.

- b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial da invalidez, incluindo resultados de exames, acompanhados dos respectivos laudos, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- c) declaração do Hospital com a data de internação, da cirurgia e da alta médica;
- d) cópia do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- e) relatório do médico assistente do segurado responsável pela cirurgia com o diagnóstico detalhado e a descrição do tratamento cirúrgico;
- f) no caso de acidente pessoal: cópia do Boletim de Ocorrência Policial, cópia das peças do Inquérito Policial e laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, se houver.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA DECORRENTE DE INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS

1. OBJETIVO

- 1.1. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária Decorrente de Intercorrências Cirúrgicas consiste no pagamento de uma indenização quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, em decorrência de complicações graves de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo seguro, sob critérios devidamente especificados no item “**3. RISCOS COBERTOS**” desta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais.**
 - 1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura.**
 - 1.1.2. **A cobertura é devida após os períodos de carência e de franquia.**
 - 1.1.3. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**
 - 1.1.4. **O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.**
 - 1.1.5. **Se constatada a preexistência de qualquer doença que seja de conhecimento do Segurado no momento da contratação e não declarada na proposta de adesão, o seguro ficará cancelado de pleno direito sem qualquer pagamento de indenização ou devolução de prêmios.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além dos conceitos apresentados no item “**2. DEFINIÇÕES**” das condições gerais, aplicam-se para efeito desta cobertura as seguintes definições:
 - 2.1.1. **Cirurgia:** é o procedimento médico invasivo realizado durante internação hospitalar e sob anestesia geral, que exija a permanência do segurado no hospital por período superior a 72 horas após a sua realização.
 - 2.1.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da data da cirurgia, em que o segurado deva permanecer afastado de suas atividades laborativas antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.
 - 2.1.3. **Internação Hospitalar:** é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Os procedimentos cirúrgicos cobertos são os pertencentes aos subgrupos indicados a seguir, pertencentes ao grupo “4 - procedimentos cirúrgicos” da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, versão março/22, **desde que tenham, de acordo com a tabela, um número máximo de dias de internações possíveis acima de 3**, ressalvados os eventos decorrentes de Riscos Excluídos e observado o disposto no item 3.2:

Código de Subgrupo	Nome do Subgrupo
2	Cirurgia de glândulas endócrinas
3	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
4	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
6	Cirurgia do aparelho circulatório
7	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
8	Cirurgia do sistema osteomuscular
9	Cirurgia do aparelho geniturinário
12	Cirurgia torácica
13	Cirurgia reparadora
14	Bucomaxilofacial
15	Outras cirurgias
16	Cirurgia em oncologia

- 3.1.1. Os códigos dos procedimentos cobertos estão listados no Anexo I.
- 3.2. **Estão cobertas as cirurgias que, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas, exijam:**
- a aplicação de anestesia geral; e
 - a internação do segurado no hospital por período superior a 72 horas após a realização da cirurgia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item “4. RISCOS EXCLUÍDOS” das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) estados de convalescença, após a alta médica;
 - b) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências;
 - c) cirurgia plástica estética;
 - d) cirurgia plástica reparadora quando decorrente de lesões preexistentes ou acidente ocorrido antes do início de vigência da cobertura;

- e) tratamentos cirúrgicos relacionados a métodos de anticoncepção;
- f) tratamentos cirúrgicos de caráter experimental, não-éticos ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- g) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- h) procedimentos relativos à obesidade mórbida, mudança de sexo ou doenças congênitas;
- i) cirurgia dental;
- j) cirurgia a laser;
- k) cirurgias refrativas oculares;
- l) cirurgias decorrentes de doenças agravadas por traumatismos;
- m) evento que não requeira que o procedimento invasivo seja realizado em ambiente hospitalar, e/ou que não exija a permanência no hospital por período superior a 72 horas após a realização da cirurgia;
- n) cirurgias para a doação de órgãos ou de tecidos;
- o) quaisquer procedimentos que não estejam listados no Anexo 1;
- p) evento decorrente da tentativa de suicídio pelo segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.
 - 5.1.1. As parcelas serão pagas de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.
 - 5.1.2. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, enquanto estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**
- 5.2. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento indenizado, sem a cobrança de prêmio adicional, observado o disposto no item 1.1.3. destas condições especiais.
- 5.3. **Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.**

6. FRANQUIA

- 6.1. O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data da cirurgia que gerou o afastamento do segurado de suas atividades laborativas.
- 6.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 7.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:
- a) relatório do médico assistente comprovando a cirurgia e a complicação, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - b) declaração do Hospital com a data de internação, da cirurgia e da eventual alta médica para continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar;
 - c) cópia do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
 - d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem o diagnóstico;
 - e) no caso de acidente pessoal: cópia do Boletim de Ocorrência Policial, cópia das peças do Inquérito Policial e laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, se houver.
- 7.2. **A periodicidade com a qual as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo segurado à seguradora será mensal, e tem por finalidade comprovar a manutenção do estado de incapacidade, para continuidade do processo de indenização até o limite contratado.**
- 7.3. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE - IC

1. OBJETIVO

- 1.1. A cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuge consiste na contratação das coberturas do seguro para o cônjuge do segurado principal.
 - 1.1.1. **Não pode participar desta cláusula suplementar, o cônjuge que faça parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.**
 - 1.1.2. **São extensíveis ao cônjuge, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Cônjuge:** é a(o) esposa(o) do segurado(a). A(O) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.**

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 4.1. A forma de contratação da cláusula suplementar poderá ser:
 - a) **automática:** quando estarão cobertos automaticamente todos os cônjuges dos respectivos segurados principais, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas nas condições contratuais.
 - b) **facultativa:** quando são incluídos os cônjuges dos segurados principais mediante adesão individual, desde que aceitos pela seguradora.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para o cônjuge será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal.
- 5.2. O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. Na falta de indicação expressa do beneficiário do cônjuge nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, a indenização será paga ao segurado principal. Nas demais coberturas, o beneficiário será o próprio cônjuge.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 7.1. As coberturas contratadas para o cônjuge começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.
- 7.2. Os riscos individuais previstos no seguro começam a vigorar:
- na forma automática: a partir da caracterização da condição de cônjuge de acordo com o item 2.1. desta cláusula suplementar.
 - na forma facultativa: na data da inclusão do cônjuge, desde que aceito previamente pela seguradora.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas condições gerais e especiais das coberturas contratadas para o cônjuge, a cobertura individual cessa:
- com a cessação da condição de cônjuge, seja ou não comunicado este fato à seguradora e independentemente da cobrança do prêmio;
 - quando o segurado principal solicitar a exclusão de seu cônjuge, quando a forma de adesão é facultativa;
 - com o falecimento do cônjuge, exclusivamente na forma de adesão é facultativa.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

1. OBJETIVO

- 1.1. A cláusula suplementar de Inclusão de Filhos consiste na contratação das coberturas do seguro para os filhos do segurado principal.
 - 1.1.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, é permitida somente a contratação de coberturas para o reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, observando-se que:
 - a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
 - b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 1.2. São extensíveis aos filhos, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.
- 1.3. Não podem participar desta cláusula suplementar, os filhos que façam parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.
- 1.4. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Filho:** para efeito desta cláusula suplementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 4.1. A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal, observado o disposto no item 1.1. desta cláusula suplementar.

- 5.2. O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O beneficiário dos filhos nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, é o segurado principal. Nas demais coberturas, os beneficiários serão os filhos.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 7.1. As coberturas contratadas para os filhos começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.
- 7.2. Os riscos individuais previstos no seguro começam a vigorar a partir da caracterização da condição de filho de acordo com o item 2.1. desta cláusula suplementar.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 8.1. **Além das hipóteses previstas nas condições gerais e especiais das coberturas contratadas para os filhos, a cobertura cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) de acordo com o definido no item 2.1 desta cláusula suplementar.**

ANEXO I - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
2	402010027	PARATIREOIDECTOMIA
2	402020014	SUPRARRENALECTOMIA BILATERAL
2	402020022	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL
3	403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
3	403010039	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR
3	403010047	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO
3	403010063	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO
3	403010071	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)
3	403010098	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA
3	403010110	DESCOMPRESSAO DE ORBITA POR DOENÇA OU TRAUMA
3	403010136	MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA
3	403010144	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL
3	403010195	TRATAMENTO CIRURGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO
3	403010217	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COMPLEXA
3	403010225	TRATAMENTO CIRURGICO DE DISRAFISMO ABERTO
3	403010233	TRATAMENTO CIRURGICO DE DISRAFISMO OCULTO
3	403010241	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA
3	403010250	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA
3	403010276	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL
3	403010284	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL
3	403010292	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)
3	403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO
3	403010314	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO
3	403010322	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO
3	403010330	TRATAMENTO CIRURGICO DE PLATIBASIA E MALFORMACAO DE ARNOLD CHIARI
3	403010349	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC
3	403010357	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)
3	403010365	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA
3	403010390	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA
3	403020042	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA
3	403020131	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFERICO / NEUROMA
3	403030013	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFALICA
3	403030021	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFALICA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)
3	403030030	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
3	403030048	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO
3	403030056	CRANIECTOMIA POR TUMOR OSSEO
3	403030080	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR
3	403030099	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR COM TECNICA COMPLEMENTAR
3	403030102	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR
3	403030110	MICROCIRURGIA PARA BIOPSIA DE MEDULA ESPINHAL OU RAIZES
3	403030129	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRANIO
3	403030145	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO
3	403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)
3	403030161	RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL
3	403040019	ANASTOMOSE VASCULAR EXTRA / INTRACRANIANA
3	403040027	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS
3	403040051	MICROCIRURGIA PARA MALFORMACAO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL
3	403040060	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA
3	403040078	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)
3	403040086	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CAROTIDEO-CAVERNOSA
3	403040094	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM
3	403040108	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM
3	403040116	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM
3	403040124	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1,5 CM
3	403050049	CORDOTOMIA / MIELOTOMIA POR RADIOFREQUENCIA
3	403050065	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CEU ABERTO
3	403060010	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS SUBDURAI (INCLUI VÍDEO-ELETROENCEFALOGRAMA)
3	403060028	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO UNILATERAL DE ELETRODOS SUBDURAI (INCLUI VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA)
3	403060036	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO
3	403060044	MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO
3	403060052	MICROCIRURGIA PARA LOBECTOMIA TEMPORAL / AMIGDALO-HIPOCAMPECTOMIA SELETIVA
3	403060060	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO MULTILOBAR / HEMISFERECTOMIA / CALOSOTOMIA
3	403060079	MICROCIRURGIA PARA RESSECÇÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO
3	403060087	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO UNILOBAR EXTRATEMPORAL SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO
3	403060095	TRANSECÇÕES SUB-PIAIS MULTIPLAS EM AREAS ELOQUENTES
3	403070015	ANGIOPLASTIA INTRACRANIANA EM VASO-ESPASMO

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
3	403070082	EMBOLOGIZAÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA DA CABEÇA E PESCOÇO
3	403070090	EMBOLOGIZAÇÃO DE FÍSTULA CAROTIDO-CAVERNOSA DIRETAS
3	403070104	EMBOLOGIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL COMPLEXA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
3	403070112	EMBOLOGIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL SIMPLES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
3	403070120	EMBOLOGIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA INTRAPARENQUIMATOSA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
3	403070139	EMBOLOGIZAÇÃO DE TUMOR INTRA-CRANIANO OU DA CABEÇA E PESCOÇO
3	403070147	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR
3	403070155	EMBOLOGIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR QUE 1,5 CM COM COLO ESTREITO
3	403070163	EMBOLOGIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR DO QUE 1,5 CM COM COLO LARGO
3	403080010	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL
3	403080029	IMPLANTE DE GERADOR DE PULSOS P/ARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL (INCLUI CONECTOR)
3	403080037	IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS
3	403080061	NUCLEOTRACTOMIA TRIGEMINAL E/OU ESPINAL
3	403080096	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA COM MICRO-REGISTRO
3	403080100	TROCA DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL
4	404010180	LARINGECTOMIA TOTAL
4	404010199	LARINGECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO CERVICAL
4	404010202	LARINGORRAFIA
4	404010458	LARINGOFISSURA PARA COLOCACAO DE MOLDE NOS TRAUMATISMOS DE LARINGE
4	404020100	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO
4	404020178	MAXILECTOMIA PARCIAL
4	404020275	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
4	404020690	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL
4	404030289	TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA FISSURA FACIAL RARA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
4	404030297	OSTEOTOMIA CRANIOFACIAL COMPLEXA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
4	404030300	REMODELAÇÃO CRANIOFACIAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
4	404030327	OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL
6	406010013	ABERTURA DE COMUNICAÇÃO INTER-ATRIAL
6	406010021	ABERTURA DE ESTENOSE AORTICA VALVAR
6	406010030	ABERTURA DE ESTENOSE PULMONAR VALVAR
6	406010048	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E/OU RAMOS PULMONARES
6	406010056	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO
6	406010064	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL
6	406010072	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR TOTAL

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
6	406010080	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR
6	406010099	BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR
6	406010102	CARDIORRAFIA
6	406010110	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
6	406010137	CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL
6	406010153	CORREÇÃO DE ATRESIA PULMONAR E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR
6	406010161	CORREÇÃO DE ÁTRIO ÚNICO
6	406010170	CORREÇÃO DE BANDA ANÔMALA DO VENTRÍCULO DIREITO
6	406010188	CORREÇÃO DE COARCTAÇÃO DA AORTA
6	406010196	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR
6	406010200	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTER-VENTRICULAR E INSUFICIÊNCIA AORTICA
6	406010218	CORREÇÃO DE COR TRIARIATUM
6	406010226	CORREÇÃO DE CORONÁRIA ANÔMALA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406010234	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA DO RETORNO SISTÊMICO
6	406010242	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES
6	406010250	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS PULMONARES
6	406010269	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO
6	406010277	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO
6	406010285	CORREÇÃO DE ESTENOSE AÓRTICA (0 A 3 ANOS)
6	406010293	CORREÇÃO DE ESTENOSE MITRAL CONGÊNITA
6	406010307	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA
6	406010315	CORREÇÃO DE FÍSTULA AÓRTO-CAVITARIAS
6	406010323	CORRECAO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA
6	406010331	CORREÇÃO DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO ESQUERDO
6	406010340	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DA VÁLVULA TRICÚSPIDE
6	406010358	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL CONGÊNITA
6	406010366	CORREÇÃO DE INTERRUPÇÃO DO ARCO AÓRTICO
6	406010374	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406010382	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR
6	406010390	CORREÇÃO DE LESÕES NA TRANSPOSIÇÃO CORRIGIDA DOS VASOS DA BASE
6	406010404	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL
6	406010412	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL NO RÉCEM-NASCIDO
6	406010420	CORREÇÃO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406010439	CORRECAO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES
6	406010447	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DOS GRANDES VASOS DA BASE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406010455	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES VASOS DA BASE
6	406010463	CORREÇÃO DE TRONCO ARTERIOSO PERSISTENTE
6	406010471	CORREÇÃO DE VENTRÍCULO ÚNICO
6	406010480	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (PARCIAL / INTERMEDIÁRIO)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
6	406010498	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (TOTAL)
6	406010501	CORREÇÕES DE ANOMALIAS DO ARCO AÓRTICO
6	406010528	EXERESE DE CISTO PERICÁRDICO
6	406010536	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL
6	406010544	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR
6	406010552	IMPLANTE C/ TROCA DE POSIÇÃO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS)
6	406010579	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/ IMPLANTE DE ELETRODO
6	406010595	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO PARA EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA
6	406010617	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO P/ EPIMIOCÁRDICO (POR TORACOTOMIA)
6	406010625	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO
6	406010692	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR
6	406010706	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NÃO A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA
6	406010730	LIGADURA DE FÍSTULA SISTÊMICO-PULMONAR
6	406010757	PERICARDIECTOMIA
6	406010765	PERICARDIECTOMIA PARCIAL
6	406010781	PLÁSTICA / TROCA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE (ANOMALIA DE EBSTEIN)
6	406010803	PLÁSTICA VALVAR
6	406010811	PLÁSTICA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA
6	406010820	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA
6	406010838	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA
6	406010846	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO
6	406010889	RESSECÇÃO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE
6	406010897	RESSECÇÃO DE MEMBRANA SUB-AÓRTICA
6	406010900	RESSECÇÃO DE TUMOR INTRACARDÍACO
6	406010927	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA
6	406010935	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)
6	406010943	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACÓRPOREA
6	406010951	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)
6	406010960	TRATAMENTO DE CONTUSÃO MIOCÁRDICA
6	406010986	TROCA DE AORTA ASCENDENTE
6	406010994	TROCA DE ARCO AÓRTICO
6	406011206	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA
6	406011214	UNIFOCALIZAÇÃO DE RAMOS DA ARTÉRIA PULMONAR C/ CIRCULAÇÃO EXTRACÓRPOREA

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
6	406011222	UNIFOCALIZAÇÃO DE RAMOS DA ARTÉRIA PULMONAR S/ CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA
6	406011230	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC
6	406011249	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA COM CEC
6	406011257	CORREÇÃO DE CORONARIA ANOMALA (19 A 110)
6	406011265	ABERTURA DE ESTENOSE AORTICA VALVAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011273	ABERTURA DE ESTENOSE PULMONAR VALVAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011281	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E/OU RAMOS PULMONARES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011290	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011303	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011311	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011320	BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011338	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011346	CORRECAO DE DRENAGEM ANOMALA DO RETORNO SISTEMICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011354	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANOMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011362	CORRECAO DE ESTENOSE MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011370	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011389	CORRECAO DE FISTULA AORTO-CAVITARIAS (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011397	CORREÇÃO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011400	CORRECAO DE INSUFICIENCIA DA VALVULA TRICUSPIDE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011419	CORRECAO DE INSUFICIENCIA MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011427	CORRECAO DE PERSISTENCIA DO CANAL ARTERIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011435	CORRECAO DO CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL / INTERMEDIARIO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011443	CORRECOES DE ANOMALIAS DO ARCO AORTICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011451	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERATRIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011460	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERVENTRICULAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011478	IMPLANTE C/ TROCA DE POSICAO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS) (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011486	LIGADURA DE FISTULA SISTEMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011494	RESSECCAO DE MEMBRANA SUB-AORTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011508	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406011516	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA COM CEC (CRIANÇA E ADOLESCENTE)
6	406020043	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL
6	406020051	ANEURISMECTOMIA TORACO-ABDOMINAL
6	406020124	EMBOLECTOMIA ARTERIAL
6	406020337	PONTE DE RAMOS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS
6	406020345	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
6	406020353	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-FEMURAL
6	406020361	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-ILÍACA
6	406020388	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMURAL
6	406020396	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO AORTO- ABDOMINAL C/ PONTE AXILO FEMURAL/AXILO BIFEMURAL CRUZADO
6	406020400	RETIRADA DE PRÓTESE INFECTADA EM POSIÇÃO NÃO AÓRTICA
6	406020418	REVASCULARIZAÇÃO DE ARTÉRIAS VISCERAIS
6	406020426	REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR
6	406020485	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS
6	406020493	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL
6	406020507	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL
6	406020515	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL
6	406020523	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL
6	406020531	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL
6	406020540	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DO ABDÔMEN
6	406020582	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)
6	406020620	RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEL
6	406030081	ATRIOSEPTOSTOMIA COM CATETER BALÃO
6	406040192	EMBOLOGIAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA (INCLUI PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO E/OU ESTUDO ANGIOGRÁFICO)
7	407010017	DEGASTROGASTRECTOMIA C/ OU S/ VAGOTOMIA
7	407010033	ESOFAGECTOMIA DISTAL C/ TORACOTOMIA
7	407010041	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA
7	407010068	ESOFAGO-COLONPLASTIA
7	407010076	ESOFAGOGASTRECTOMIA
7	407010084	ESOFAGOPLASTIA / GASTROPLASTIA
7	407010092	ESOFAGORRAFIA CERVICAL
7	407010106	ESOFAGORRAFIA TORACICA
7	407010114	ESOFAGOSTOMIA
7	407010122	GASTRECTOMIA C/ OU S/ DESVIO DUODENAL
7	407010130	GASTRECTOMIA PARCIAL C/ OU S/ VAGOTOMIA
7	407010149	GASTRECTOMIA TOTAL
7	407010165	GASTROENTEROANASTOMOSE
7	407010173	GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL
7	407010181	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA
7	407010238	PILOROPLASTIA

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
7	407010270	TRATAMENTO CIRURGICO DE ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA)
7	407010289	TRATAMENTO CIRURGICO DE DIVERTICULO DO TUBO DIGESTIVO
7	407010300	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES ESOFAGICAS
7	407010335	TRATAMENTO CIRURGICO DE MEGAESOFAGO SEM RESSECCAO / CONSERVADOR
7	407010343	VAGOTOMIA C/ OPERACAO DE DRENAGEM
7	407010351	VAGOTOMIA SUPERSELETIVA / GASTRICA PROXIMAL
7	407010360	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)
7	407010378	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CIRURGICA POS- CIRURGIA BARIÁTRICA
7	407020012	AMPUTACAO COMPLETA ABDOMINO-PERINEAL DO RETO
7	407020020	AMPUTACAO POR PROCIDENCIA DE RETO
7	407020063	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)
7	407020071	COLECTOMIA TOTAL
7	407020098	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL
7	407020101	COLOSTOMIA
7	407020152	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL
7	407020179	ENTERECTOMIA
7	407020187	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)
7	407020195	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)
7	407020209	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)
7	407020233	EXCISAO DE LESAO INTESTINAL / MEENTERICA LOCALIZADA
7	407020241	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)
7	407020250	FECHAMENTO DE FISTULA DE COLON
7	407020306	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA
7	407020330	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL C/ RESERVATORIO ILEAL
7	407020365	REDUCAO CIRURGICA DE VOLVO POR LAPAROTOMIA
7	407020403	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL
7	407020411	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL
7	407020420	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANOMALIAS CONGENITAS DO ANUS E RETO
7	407020438	TRATAMENTO CIRURGICO DE AUSENCIA DO RETO (ABDOMINO-PERINEAL)
7	407020446	TRATAMENTO CIRURGICO DE ILEO MECONIAL
7	407020462	TRATAMENTO CIRURGICO DE MA ROTACAO INTESTINAL
7	407030018	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA
7	407030123	ESPLENECTOMIA
7	407030131	HEPATECTOMIA PARCIAL
7	407030140	HEPATORRAFIA
7	407030158	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES
7	407030166	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO
7	407030174	MARSUPIALIZACAO DE ABSCESSO / CISTO
7	407030182	PANCREATECTOMIA PARCIAL

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
7	407030190	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
7	407030204	PANCREATO-DUODENECTOMIA
7	407030212	PANCREATO-ENTEROSTOMIA
7	407030220	PANCREATOTOMIA P/ DRENAGEM
7	407030247	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOS PANCREATICOS
7	407040013	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO
7	407040021	DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRENICO
7	407040030	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL
7	407040048	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)
7	407040056	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)
7	407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA
7	407040188	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS
7	407040200	PERITONIOSTOMIA C/ TELA INORGANICA
7	407040234	RESSECCAO DO EPILOM
7	407040242	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO)
7	407040250	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERITONITE
7	407040269	VAGOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
8	408010010	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-TORÁICAS
8	408010029	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-UMERAIS
8	408010037	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)
8	408010045	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL
8	408010053	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL
8	408010061	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO
8	408010088	DESARTICULACAO INTERESCAPULO-TORÁICA
8	408020113	INSTALACAO DE TRAÇÃO ESQUELÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR
8	408020253	REIMPLANTE DO OMBRO ATÉ O TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO
8	408020261	REIMPLANTE DO TERÇO DISTAL DO ANTEBRAÇO ATÉ OS METACARPÍANOS
8	408020334	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO
8	408020571	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO
8	408030011	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁICA POSTERIOR CINCO NÍVEIS
8	408030020	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁICA POSTERIOR UM NIVEL
8	408030038	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS
8	408030046	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS
8	408030054	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁICA POSTERIOR TRES NÍVEIS
8	408030062	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS
8	408030070	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS
8	408030089	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL
8	408030097	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
8	408030100	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS
8	408030119	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL
8	408030127	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2
8	408030135	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL
8	408030143	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS
8	408030151	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS
8	408030160	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRES NÍVEIS
8	408030178	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C2) POSTERIOR
8	408030186	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C3)POSTERIOR
8	408030194	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C4)POSTERIOR
8	408030208	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C5) POSTERIOR
8	408030216	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C6)POSTERIOR
8	408030224	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C7) POSTERIOR
8	408030232	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL
8	408030240	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NIVEIS
8	408030259	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NIVEIS,
8	408030267	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL
8	408030275	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS
8	408030283	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS
8	408030291	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,
8	408030305	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,
8	408030313	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,
8	408030321	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS,
8	408030330	COSTO-TRANSVERSECTOMIA
8	408030348	COSTOPLASTIA (3 OU MAIS COSTELAS)
8	408030356	DESCOMPRESSÃO DA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA TRANSORAL / RETROFARINGEA
8	408030364	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR
8	408030372	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/ DUROPLASTIA
8	408030402	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)
8	408030410	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)
8	408030429	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATÉ 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)
8	408030437	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)
8	408030445	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)
8	408030453	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)
8	408030461	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)
8	408030470	DRENAGEM CIRÚRGICA DO ILIOPSOAS
8	408030500	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS
8	408030518	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS TORACO-LOMBO-SACROS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
8	408030534	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)
8	408030542	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)
8	408030550	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL
8	408030569	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO
8	408030577	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR
8	408030585	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR
8	408030593	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR
8	408030607	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR
8	408030615	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR
8	408030623	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR
8	408030631	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR
8	408030640	REVISÃO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR
8	408030658	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS
8	408030666	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS
8	408030674	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR QUATRO NÍVEIS
8	408030682	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR CINCO NÍVEIS
8	408030690	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR ATÉ OITO NÍVEIS
8	408030712	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SEIS NÍVEIS
8	408030720	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS
8	408030739	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NIVEIS
8	408030747	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NIVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)
8	408030763	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NIVEIS
8	408030771	TRATAMENTO CIRURGICO DESCOMPRESSIVO AO NIVEL DO DESFILADEIRO TORACICO
8	408030780	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO DOIS NIVEIS
8	408030801	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS
8	408030810	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NIVEIS
8	408030828	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NÍVEIS
8	408030836	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR DOIS NÍVEIS
8	408030844	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR TRÊS NÍVEIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
8	408030852	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR CINCO NÍVEIS
8	408030860	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NÍVEIS
8	408030879	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS
8	408030887	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS
8	408030895	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOIS NIVEIS
8	408030909	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NÍVEIS
8	408030917	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS
8	408040017	ARTRODESE COXOFEMORAL
8	408040025	ARTRODESE DA SÍNFISE PÚBICA
8	408040033	ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS
8	408040041	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)
8	408040050	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL
8	408040068	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL
8	408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL
8	408040084	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA
8	408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA
8	408040106	DESARTICULAÇÃO COXOFEMORAL
8	408040114	DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO-ABDOMINAL
8	408040122	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FÊMUR
8	408040130	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU
8	408040149	OSTECTOMIA DA PELVE
8	408040157	OSTEOTOMIA DA PELVE
8	408040165	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL
8	408040173	REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICAÇÃO DE DISPOSITIVOS DE CONTENÇÃO
8	408040220	REVISÃO CIRÚRGICA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL CONGÊNITA
8	408040238	TRANSPOSIÇÃO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENÇA NEUROMUSCULAR
8	408040254	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO
8	408040262	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTERO-POSTERIOR
8	408040289	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL
8	408040297	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETÁBULO
8	408040319	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (DUPLO ACESSO)
8	408040327	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL CONGENITA
8	408040335	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
8	408040343	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL
8	408050012	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES
8	408050039	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR
8	408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)
8	408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO
8	408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO
8	408050110	QUADRICEPSPLASTIA
8	408050306	REIMPLANTE AO NIVEL DA COXA ATE O TERCO PROXIMAL DA PERNA
8	408050314	REIMPLANTE DO TERCO MEDIO DA PERNA ATE O PE
8	408050489	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)
8	408050500	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
8	408050519	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
8	408050543	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL
8	408050586	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR
8	408050616	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
8	408050624	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)
8	408050632	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
8	408050683	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO
8	408050799	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR
8	408050802	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA REGIÃO TROCANTERIANA
8	408050810	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO COLO DO FÊMUR
8	408050837	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO FÊMUR
8	408050845	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO
8	408050861	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL
8	408050870	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL
8	408060107	DIAFISECTOMIA DE OSSOS LONGOS
8	408060239	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO MICROCIRÚRGICO
8	408060247	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (EXCETO MÃO E PÉ)
8	408060255	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ TRANSPORTE ÓSSEO
8	408060263	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO C/ SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE)
8	408060271	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ ENXERTO

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
8	408060280	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (APENAS MÃO E PÉ)
8	408060387	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)
8	408060557	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)
8	408060611	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECCÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES
8	408060620	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECCÃO PÓS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)
9	409010022	CISTECTOMIA PARCIAL
9	409010030	CISTECTOMIA TOTAL
9	409010049	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO
9	409010057	CISTOENTEROPLASTIA
9	409010073	CISTOPLASTIA (CORRECAO DE EXTROFIA VESICAL)
9	409010138	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL
9	409010197	LOMBOTOMIA
9	409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL
9	409010219	NEFRECTOMIA TOTAL
9	409010227	NEFROLITOTOMIA
9	409010235	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA
9	409010251	NEFROPIELOSTOMIA
9	409010260	NEFRORRAFIA
9	409010286	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM
9	409010294	NEFROSTOMIA PERCUTANEA
9	409010308	NEFROURETERECTOMIA TOTAL
9	409010316	PIEOLITOTOMIA
9	409010324	PIELOPLASTIA
9	409010332	PIELOSTOMIA
9	409010340	PIELOTOMIA
9	409010405	SINFISIOTOMIA DO RIM EM FERRADURA (NEFROPLASTIA)
9	409010413	TRATAMENTO CIRURGICO DE BEXIGA NEUROGENICA
9	409010456	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-ENTERICA
9	409010464	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-RETAL
9	409010472	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS
9	409010529	URETERECTOMIA
9	409010537	URETEROCISTONEOSTOMIA
9	409010545	URETEROENTEROPLASTIA
9	409010553	URETEROENTEROSTOMIA
9	409010561	URETEROLITOTOMIA
9	409010570	URETEROPLASTIA

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
9	409010588	URETEROSTOMIA CUTANEA
9	409020052	LIGADURA / SECCAO DE VASOS ABERRANTES
9	409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA
9	409030031	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL
9	409050130	CIRURGIAS COMPLEMENTARES DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL
9	409050148	REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO MASCULINO
9	409060143	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS)
9	409060283	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-UTERINA
9	409070297	VULVECTOMIA AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA
9	409070319	REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO FEMININO
12	412010011	BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA
12	412010020	COLOCAÇÃO DE MOLDE BRONQUICO POR TORACOTOMIA
12	412010070	RESSECÇÃO DE TRAQUÉIA MEDIASINAL, CARINAL OU CARINOPLASTIA
12	412010097	TRAQUEOPLASTIA POR ACESSO TORÁCICO
12	412010100	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA
12	412010119	TRAQUEORRAFIA E/OU FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEO-CUTANEA
12	412010135	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BRONCOPELURAL COM AMPUTAÇÃO DE COTO BRONQUICO
12	412010143	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA
12	412020017	MEDIASTINOTOMIA EXPLORADORA PARA-ESTERNAL / POR VIA ANTERIOR
12	412020025	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR
12	412020033	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM
12	412020050	RESSECÇÃO DE TUMOR DO MEDIASTINO
12	412020068	TIMECTOMIA
12	412020076	TRAQUEOSTOMIA MEDIASINAL
12	412020084	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)
12	412030012	DESCORTICAÇÃO PULMONAR
12	412030047	FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA
12	412030080	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORACICO (QUALQUER VIA)
12	412030101	DRENAGEM TUBULAR PLEURAL ABERTA (PLEUROSTOMIA)
12	412030110	PLEURODESE
12	412040026	ESTERNECTOMIA COM OU SEM PRÓTESE
12	412040034	ESTERNECTOMIA SUBTOTAL
12	412040042	LIGADURA DO DUCTO TORACICO (QUALQUER METODO)
12	412040050	MOBILIZACAO DE RETALHOS MUSCULARES / DO OMENTO
12	412040069	PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL
12	412040107	RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TECNICA)
12	412040123	TORACECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO PARIETAL (POR PROTESE)
12	412040131	TORACECTOMIA SEM RECONSTRUÇÃO PARIETAL
12	412040158	TORACOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
12	412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA
12	412040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA
12	412040182	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFEITOS CONGÊNITOS DO TORAX
12	412040190	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA, NECROSE OU INFECÇÃO DO ESTERNO
12	412040204	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL
12	412040212	TRATAMENTO CIRURGICO DE PAREDE TORACICA
12	412050013	BULECTOMIA UNI OU BILATERAL
12	412050030	LIGADURA DE ARTÉRIAS BRONQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE
12	412050048	LOBECTOMIA PULMONAR
12	412050064	PNEUMOMECTOMIA
12	412050072	PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZACAO
12	412050080	PNEUMORRAFIA
12	412050102	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIOPSIA DE PULMAO A CEU ABERTO
12	412050110	RESSECÇÃO PULMONAR ASSOCIADA A BRONCOPLASTIA/ ARTERIOPLASTIA
12	412050137	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR (QUALQUER METODO)
12	412050145	METASTASECTOMIA PULMONAR UNI OU BILATERAL (QUALQUER METODO)
12	412050161	PNEUMOTOMIA COM RESSECÇÃO COSTAL PARA DRENAGEM CAVITÁRIA/RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
13	413010066	TRATAMENTO DE GRANDE QUEIMADO
13	413010082	TRATAMENTO DE MEDIO QUEIMADO
13	413040097	PREPARO DE RETALHO
13	413040267	RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA QUALQUER PARTE
14	414010027	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)
14	414020022	APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA
14	414020030	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
14	414020049	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
14	414020057	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
14	414020065	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
14	414020073	CURETAGEM PERIAPICAL
14	414020081	ENXERTO GENGIVAL
14	414020090	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL
14	414020146	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE
14	414020154	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
14	414020162	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
14	414020200	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
14	414020219	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
14	414020243	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)
14	414020278	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)
14	414020294	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
14	414020367	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL
14	414020375	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)
15	415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
15	415020018	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS -CIRURGIA BARIATRICA
15	415020034	OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
15	415020042	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
15	415020050	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA
15	415020069	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA
15	415020077	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA
15	415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
16	416010016	AMPUTAÇÃO DE PÊNIS EM ONCOLOGIA
16	416010024	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO EM ONCOLOGIA
16	416010032	CISTECTOMIA TOTAL COM DERIVAÇÃO SIMPLES EM ONCOLOGIA
16	416010040	CISTOENTEROPLASTIA EM ONCOLOGIA
16	416010075	NEFRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416010091	NEFROURETERECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416010121	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416010130	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA
16	416010164	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA
16	416010180	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROCISTONEOSTOMIA
16	416010199	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROENTEROSTOMIA
16	416010202	SUPRARRENALECTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416010210	NEFRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416010229	AMPUTAÇÃO TOTAL AMPLIADA DE PENIS EM ONCOLOGIA
16	416020151	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA
16	416020160	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA
16	416020194	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL EM ONCOLOGIA
16	416020208	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA
16	416020224	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA
16	416020232	LINFADENECTOMIA INGUINAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA
16	416020259	LINFADENECTOMIA INGUINO-ILIACA UNILATERAL EM ONCOLOGIA
16	416030068	GLOSSECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416030076	GLOSSECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416030084	PARATIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416030165	RESSECÇÃO TOTAL DE LÁBIO E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO EM ONCOLOGIA
16	416030173	MAXILECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416030181	MAXILECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416030190	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA EM ONCOLOGIA

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
16	416030203	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA
16	416030211	FARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416030220	FARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416030238	RESSECÇÃO DE TUMOR DE RINOFARINGE EM ONCOLOGIA
16	416030246	EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA EM ONCOLOGIA
16	416030254	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416030262	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416030300	MANDIBULECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416030319	MANDIBULECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416030343	RESSECCAO DE TUMOR GLOMICO EM ONCOLOGIA
16	416030360	RESSECÇÃO DE TUMOR TIREOIDIANO POR VIA TRANSESTERNAL EM ONCOLOGIA
16	416040012	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA EM ONCOLOGIA
16	416040020	COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416040039	ESOFAGOGASTRECTOMIA COM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416040047	ESOFAGOCOLOPLASTIA OU ESOFAGOGASTROPLASTIA EM ONCOLOGIA
16	416040055	ESOFAGOGASTRECTOMIA SEM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416040071	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416040101	HEPATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416040110	PANCREATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416040128	DUODENOPANCREATECTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416040144	RESSECÇÃO DE TUMOR RETROPERITONIAL COM RESSECÇÃO DE ÓRGÃOS CONTÍGUOS EM ONCOLOGIA
16	416040217	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA
16	416040225	METASTASECTOMIA HEPÁTICA EM ONCOLOGIA
16	416040233	COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416040241	RESSECÇÃO AMPLIADA DE VIA BILIAR EXTRA-HEPÁTICA EM ONCOLOGIA
16	416040250	RESSECÇÃO DE TUMOR RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA
16	416040268	RESSECÇÃO ALARGADA DE TUMOR DE PARTES MOLES DE PAREDE ABDOMINAL EM ONCOLOGIA
16	416040276	RESSECÇÃO ALARGADA DE TUMOR DE INTESTINO EM ONCOLOGIA
16	416050018	AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO EM ONCOLOGIA
16	416050026	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) EM ONCOLOGIA
16	416050034	COLECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416050050	EXCISÃO LOCAL DE TUMOR DO RETO EM ONCOLOGIA
16	416050077	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA
16	416050093	EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR EM ONCOLOGIA
16	416050107	EXENTERAÇÃO PÉLVICA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416050115	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA
16	416060056	HISTERECTOMIA COM RESSECÇÃO DE ÓRGÃOS CONTÍGUOS EM ONCOLOGIA
16	416060064	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

Subgrupo	Código do Procedimento	Descrição do Procedimento
16	416060080	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA
16	416060099	VULVECTOMIA TOTAL AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416060129	LAPAROTOMIA PARA AVALIAÇÃO DE TUMOR DE OVARIO EM ONCOLOGIA
16	416080081	RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOECUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA
16	416080090	RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA
16	416080111	RECONSTRUÇÃO COM RETALHO OSTEOMIOECUTÂNEO EM ONCOLOGIA
16	416090036	HEMIPELVECTOMIA EM ONCOLOGIA
16	416090079	SACRALECTOMIA (ENDOPELVECTOMIA) EM ONCOLOGIA
16	416090109	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO COM SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE) OU COM RECONSTRUÇÃO E FIXAÇÃO EM ONCOLOGIA
16	416090117	DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULO-TORÁCICA EM ONCOLOGIA
16	416090125	DESARTICULAÇÃO ESCAPULO-TORÁCICA INTERNA EM ONCOLOGIA
16	416090133	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA
16	416110010	LOBECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA
16	416110029	PNEUMOMECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA
16	416110037	TORACECTOMIA COMPLEXA EM ONCOLOGIA
16	416110045	TORACECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA
16	416110053	TORACOTOMIA EXPLORADORA EM ONCOLOGIA
16	416110061	SEGMENTECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA
16	416110088	TIMECTOMIA EM ONCOLOGIA

1.